

REVISTA CLINICA ESPAÑOLA

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

VOLUMEN 205 · EXTRAORDINARIO 2 · NOVIEMBRE 2005

LIBRO DE RESÚMENES

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

y

**X Congreso de la Sociedad Canaria
de Medicina Interna (SOCAMI)**

Lanzarote, 16 al 19 de noviembre de 2005



www.doyma.es/rce

REVISTA CLINICA ESPAÑOLA

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

SUMARIO

VOLUMEN 205 · SUPLEMENTO 2 · NOVIEMBRE 2005

LIBRO DE RESÚMENES

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

y

X Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina Interna (SOCAMI)

Lanzarote, 16 al 19 de noviembre de 2005

COMUNICACIONES ORALES

| | |
|--------------------------------|----|
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS | 1 |
| EDAD AVANZADA | 7 |
| GESTIÓN | 7 |
| INSUFICIENCIA CARDÍACA | 11 |
| INFLAMACIÓN | 14 |
| OSTEOPOROSIS | 15 |
| RIESGO VASCULAR | 16 |
| TROMBOSIS | 21 |
| VARIOS | 25 |

COMUNICACIONES PÓSTERS

| | |
|--------------------------------|-----|
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS | 37 |
| EDAD AVANZADA | 91 |
| GESTIÓN | 103 |
| INSUFICIENCIA CARDÍACA | 125 |
| INFLAMACIÓN | 143 |
| OSTEOPOROSIS | 154 |
| RIESGO VASCULAR | 157 |
| TROMBOSIS | 204 |
| VARIOS | 219 |

| | |
|-------------------------|-----|
| ÍNDICE DE AUTORES | 308 |
|-------------------------|-----|

**XXVI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MEDICINA INTERNA (SEMI)**

y

**X CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA
DE MEDICINA INTERNA (SOCAMI)**

■■■■ **PRESIDENCIA COMITÉ DE HONOR** ■■■■

SS.AA.RR. LOS PRÍNCIPES DE ASTURIAS

**D. Felipe de Borbón y Grecia
y Dña. Letizia Ortiz Rocasolano**

■■■■ **COMITÉ ORGANIZADOR** ■■■■

Presidente

Dr. Abelardo David Cervera Pérez

Vicepresidentes

Dr. Pedro Betancort León

Dr. José Gómez Díaz

Dr. Francisco Santolaria Fernández

Secretario

Dr. José Fernando Lluch Perales

Tesorera

Dra. Mercedes Galdós Barroso

Vocales

Dra. Belén Alonso Ortiz

Dr. Juan Gabriel Espinosa Villarreal

Dr. Manuel Fernández Caballero

Dra. Teresa Guijo Hernández

Dr. Adnan Hawari Meilud

Dr. Pedro Jiménez Santana

Dr. Manuel José Linares Feria

Dr. Pedro Peña Quintana

Dra. Covadonga Rodríguez Mangas

Dr. Rafael Rodríguez Porrúa

Dra. Miriam Torres Fernández

Dr. Mariano Ulla Anes

PRESENTACIÓN

Queridos amigos:

En nombre del Comité Organizador es un placer darles la bienvenida a la Isla de Lanzarote, que acoge este año la celebración del XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y del X Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina Interna (SOCAMI).

Nos enorgullece presentaros, como prueba de la implicación cada vez mayor de los médicos internistas en las actividades de la SEMI, este suplemento de Revista Clínica Española que recoge los más de 700 trabajos, entre Comunicaciones Orales y Pósters, que van a ser presentados durante el Congreso. Hemos superado ampliamente la ya exitosa cifra del anterior encuentro, pese a la exigente criba que han debido pasar las comunicaciones admitidas ante la gran cantidad y calidad de los abstracts enviados. Os invitamos a disfrutar y a compartir estos trabajos, que son fruto de la experiencia, el esfuerzo y la colaboración de cientos de compañeros en búsqueda de la mejora de nuestra especialidad y, en general, de la calidad de la medicina en España.

Debemos destacar el gran esfuerzo realizado por el grupo de compañeros que han evaluado las Comunicaciones, porque han sido fieles al criterio impartido por la propia SEMI, elevando con su objetividad el nivel científico de las mismas.

Como presidente también de la SOCAMI, he de resaltar la oportunidad única que constituye este evento para nuestra Comunidad, al reunir el Congreso Nacional y el de nuestra Sociedad Autonómica. Hemos puesto todo nuestro empeño, cariño e ilusión para hacer vuestra estancia lo más grata y enriquecedora posible, tanto en lo profesional como en lo personal, y os invitamos a aprovechar esta ocasión para disfrutar del Paraíso natural que es Lanzarote y del carácter acogedor de su gente.

Muchas gracias por vuestra participación.

Dr. Abelardo David Cervera Pérez
Presidente del Comité Organizador

COMUNICACIONES ORALES

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

A-015

LEVOFLOXACINO FRENTE A BETALACTÁMICO CON O SIN CLARITROMICINA EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD CON INGRESO HOSPITALARIO

E. García Restoy¹, J. Pons¹, A. Colomé¹, E. Anoro¹, R. Borralló¹, D. Armengol¹, A. Lamarca² y F. Bella¹

¹Medicina Interna, ²Urgencias. Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. Comparar la eficacia y el coste económico de levofloxacino frente al tratamiento habitual con un betalactámico ± claritromicina en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) que requiere ingreso hospitalario.

Material y métodos. Estudio fase IV, prospectivo, aleatorizado y abierto, con dos grupos de tratamiento. Grupo 1: levofloxacino (3 dosis iniciales de 500 mg/12 h i.v. seguidas de 500 mg/ 12 h v.o.); Grupo 2: cefotaxima, 2 g/ 8 h i.v. o amoxicilina-clavulánico, 1 g/8 h i.v., (con o sin claritromicina, en función de los datos clínicos y de laboratorio) seguidas de cefuroxima, 500 mg/8 h v.o. o amoxicilina-clavulánico, 875/125 mg/8 h v.o., respectivamente, hasta completar un mínimo de 7 días de tratamiento o de 14 días en los casos de neumonía por *Legionella*. En el grupo 2, cuando se disponía de diagnóstico microbiológico, podía completarse el tratamiento con el antibiótico que se considerara más adecuado. El principal elemento de comparación entre los grupos fue la evolución clínico-radiológica a los 2-4 días de haber finalizado el tratamiento. El protocolo fue aprobado por el Comité Ético y todos los pacientes dieron su consentimiento informado.

Resultados. Se randomizaron 185 pacientes, 170 de los cuales han sido evaluables en el estudio de eficacia (86 en el grupo 1 y 84 en el grupo 2). La edad media fue de 65 ± 16 años (intervalo: 18-93) y 123 (72%) eran varones. Aplicando la clasificación de Fine, 58 pacientes (34,1%) se hallaban en el grupo II, 65 (38,2%) en el grupo III, 43 (25,3%) en el grupo IV y 4 (2,4%) en el grupo V. La distribución de la clase de riesgo ha sido homogénea en los dos grupos de tratamiento (p = 0,74), así como la edad, sexo, enfermedad de base y características clínicas, con la excepción de que 8 pacientes del grupo 2 tenían antecedentes de hepatopatía crónica frente a 1 caso en el grupo 1 y que la temperatura corporal al ingreso era ligeramente más elevada en el grupo 2 (38,5 °C ± 0,8 frente a 38,1 °C ± 0,9; p = 0,02). En el grupo 2, 54 pacientes (64%) recibieron sólo amoxicilina-clavulánico o cefalosporina, 3 (4%) recibieron sólo claritromicina y 27 (32%) fueron tratados con un betalactámico más claritromicina. Diagnósticos microbiológicos: Grupo 1: *S. pneumoniae* en 14 casos (16%), *Legionella* en 4 casos (5%) y *H. influenzae* y *E. coli*, en un caso respectivamente. Grupo 2: *S. pneumoniae* en 7 casos (8%), *Legionella* en 7 casos (8%), *M. pneumoniae* en 4 casos (5%) y *K. pneumoniae* y *P. aeruginosa* en un caso respectivamente. La evolución clínica fue hacia la mejoría o la curación en 81 (94,2%) pacientes del grupo 1 y en 79 (94,0%) del grupo 2 (p = 0,77). En el grupo 1, un paciente presentó recaída de neumonía neumocócica bacteriémica, un paciente reingresó por empeoramiento de los síntomas, un paciente desarrolló empiema al segundo día de tratamiento y en dos casos la imagen radiológica no

había mejorado. En el grupo 2, cuatro pacientes experimentaron empeoramiento clínico durante el tratamiento y en uno se observó empeoramiento radiológico. No falleció ningún paciente. La duración del ingreso hospitalario fue de 10,1 ± 4,5 días en el grupo 1 y de 12,1 ± 5,5 días en el grupo 2 (p = 0,01). Los pacientes tratados con levofloxacino recibieron tratamiento intravenoso durante 2,1 ± 0,3 días mientras que en el grupo betalactámico ± claritromicina lo hicieron durante 4,0 ± 1,9 días (p < 0,001). Los costes directos del tratamiento han sido de 163,3 ± 33,3 € en el grupo 1 y 129,0 ± 125,8 € en el grupo 2 (p = 0,02). Los efectos adversos con una relación posible o probable con el tratamiento fueron 24 en el grupo 1 (27,9%) y 21 en el grupo 2 (25%) (p = 0,20). Generalmente fueron leves. Un paciente del grupo 1 presentó una marcada alteración de la función hepática que se normalizó tras la suspensión de levofloxacino.

Conclusiones. En nuestra experiencia, el régimen de levofloxacino ensayado se ha mostrado tan eficaz y bien tolerado como el tratamiento habitual con un betalactámico ± claritromicina. Si bien el coste económico directo ha sido más elevado en el grupo de levofloxacino (debido a la utilización de la dosis máxima) la estancia hospitalaria y los días de tratamiento por vía endovenosa fueron inferiores con este régimen terapéutico.

A-016

MODIFICACIONES EN LA INCIDENCIA Y ETIOLOGÍA DE LA FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FOD) EN EL PACIENTE VIH POSITIVO TRAS LA INTRODUCCIÓN DEL TARGA

J. Abellán Martínez, J. Guerra Vales, M. Fernández Cotarelo, M. Medina Sampedro, T. González Alegre y M. Morales Conejo

Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Determinar la incidencia y etiología de la FOD en una población de pacientes VIH positivos y analizar la influencia que ha tenido la introducción del TARGA.

Material y métodos. Estudio de una cohorte histórica de pacientes VIH positivos en seguimiento en un hospital universitario de tercer nivel entre enero de 1994 y diciembre de 2000, ambos inclusivos. Se definió FOD en el paciente VIH según los criterios de Durack y Street de 1991, y se determinó la incidencia en el período global y en cada año. Se seleccionó un grupo control para el estudio comparativo. Posteriormente se calculó la probabilidad de tener FOD según se estuviera con TARGA o sin ella. Se estudió la etiología de la FOD en los pacientes sin TARGA y se vio si existía algún cambio en el espectro tras la introducción del TARGA. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete informático SPSS 11.0.

Resultados. Se siguieron 3777 pacientes VIH positivos en el período estudiado. En ellos se encontraron 276 episodios de FOD; 218 ocurrieron en pacientes sin TARGA y 58 en pacientes con TARGA. La población de pacientes con FOD se caracterizó por predominio de varones (78,5%) y adicción a drogas por vía parenteral como factor de riesgo (72,1%). La mediana de edad fue de 32 años y la de linfocitos T CD4+ de 28. El 57,61% se encontraban en estadio SIDA en el momento de tener el episodio de FOD. La incidencia de FOD (en casos por cada 100 pacientes VIH - año) en los respectivos años fue la siguiente: 2,95 en 1994; 2,57 en 1995; 3,66 en 1996; 1,24 en 1997; 1,1 en 1998; 0,89 en 1999 y 1,01 en el

2000. La probabilidad de tener FOD en el paciente sin TARGA fue 2,13 veces mayor que en el paciente con TARGA (OR de 2,13 con IC entre 1,37-3,30 y $p = 0,0007$). La etiología de la FOD en los pacientes sin TARGA/con TARGA fue la siguiente: infección diseminada por tuberculosis (46/5), infección diseminada por MAI (55/8), leishmaniasis (27/20) y linfoma (18/8). Se objetivó disminución de la tuberculosis ($p = 0,0295$) y aumento de la leishmaniasis ($p < 0,0001$) como causantes de la FOD en el paciente con TARGA ambas estadísticamente significativas. La infección diseminada por MAI disminuyó en los pacientes con TARGA sin alcanzar significación estadística ($p = 0,0651$); mientras que la frecuencia de linfoma como causante de FOD fue similar en pacientes con y sin TARGA.

Discusión. En este estudio se demuestra la importancia de la FOD basada en la alta incidencia (incidencia acumulada de 7,3 casos por cada 100 pacientes), que a su vez conlleva un elevado número de ingresos y consumo de recursos sanitarios; no obstante, esta incidencia no es regular a lo largo del período estudiado sino que se objetiva una clara inflexión en 1997 coincidiendo con la introducción del TARGA de forma protocolizada. De este modo se puede comprobar comparando los pacientes con FOD con un grupo control de similares características epidemiológicas que la probabilidad de FOD estando sin TARGA es 2,13 veces superior que si se encuentra con TARGA. Estos cambios han llevado también a una modificación del espectro etiológico de la FOD; mientras en el paciente sin TARGA las etiologías más frecuentes eran la infección diseminada por MAI y tuberculosis seguido de la leishmania y el linfoma; en los pacientes con TARGA la tuberculosis disminuye significativamente, el MAI disminuye considerablemente pero sin llegar a la significación estadística, el linfoma se mantiene prácticamente igual y la leishmania aumenta significativamente como causante de FOD.

Conclusiones. La FOD presenta una alta incidencia en la población con infección por VIH. Esta incidencia se ve significativamente disminuida tras la introducción del tratamiento con TARGA. Las etiologías más frecuentes en la FOD son la infección diseminada por MAI, la tuberculosis, la leishmaniasis y el linfoma. Tras la introducción del TARGA se objetiva una disminución de la tuberculosis y un aumento de la leishmaniasis como causante de la FOD.

A-026

RESULTADOS OBTENIDOS TRAS REALIZACIÓN DE INFORMES DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN EL PACIENTE VIH

O. Pinar López¹, J. Machín Lázaro², A. Álvarez Díaz¹, C. Sanz Bertrand¹, A. Lázaro López¹ y M. Montes Ramírez²
¹Farmacia Hospitalaria. ²Medicina Interna.

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Objetivos. Valoración de la implantación de informes que relacionan la estimación de la adherencia (ADH) a la terapia antirretroviral (TAR), y la evolución clínica (EC) como herramienta útil para el médico y para el farmacéutico.

Material y métodos. Período de estudio: septiembre-04/marzo-05. Para la estimación de la ADH se emplean 2 métodos combinados: cálculo del porcentaje de adherencia multiintervalo mediante registro de dispensaciones (RD), y test SMAQ. Una ADH > 90% según el RD, y el test cumplidor, se considera ADH óptima. La EC se monitoriza por la carga viral y el recuento de CD4: se considera estable cuando la carga viral se encuentra indetectable o episodios puntuales con viremia < 1.000 copias/ml, o una reducción < 30% en CD4 del valor basal. Se pueden realizar 2 tipos de informes: de evaluación inicial que refleja la ADH a todas las líneas de tratamiento que ha recibido el paciente y la EC en cada uno de ellos, desde el inicio de la TAR hasta la consulta; y de actualización que recoge la ADH al tratamiento actual y la EC para el mismo, en el período interconsulta. De forma semanal, se obtiene el listado de pacientes para la consulta de VIH, y para cada uno, se estima la ADH según el RD, y se consultan los datos analíticos de CD4 y carga viral. Estos datos se expresan en gráficas de evolución temporal. El informe se completa con los resultados del test SMAQ cuando se haya realizado, y comentarios complementarios que incluyen, si es necesario, recomendaciones para mejorar la ADH.

Resultados. De los 155 pacientes en tratamiento activo, 125 (80%) tienen informe de evaluación inicial, y de éstos, 102 (66%) tienen informe de actualización. La distribución de la ADH según el RD es

de 87 pacientes (70%) con ADH > 90%: 71 (82%) con EC estable y 16 (18%) con mala EC; y de 38 pacientes (30%) con ADH < 90%: 22 (58%) con EC estable y 16 (42%) con mala EC. El test SMAQ se ha realizado a 72 pacientes (58%), y los resultados se expresan en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Correlación entre la prueba Cumplidor y ADH-RD.

| | | | |
|-------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| ADH > 90%: 35 (97%) | ADH > 90%: 35 (97%) | ADH < 90%: 1 (3%) | ADH < 90%: 1 (3%) |
| EC estable: 28 (78%) | Mala EC: 7 (19%) | EC estable: 0 | Mala EC: 1 (3%) |

Tabla 2. Correlación entre Test Incumplidor y ADH-RD.

| | | | |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| ADH > 90%: 20 (56%) | ADH > 90%: 20 (56%) | ADH < 90%: 16 (44%) | ADH < 90%: 16 (44%) |
| EC estable: 17 (47%) | Mala EC: 3 (8%) | EC estable: 10 (28%) | Mala EC: 6 (17%) |

Discusión. La ADH según el RD y la EC son muy similares a los datos consultados en la bibliografía. Cuando el test es cumplidor, existe una buena concordancia con los resultados del RD y buena relación con la EC. Sin embargo, cuando el test es incumplidor, la concordancia test-RD y la relación con la EC no son tan buenas, por lo que pensamos que el test es muy estricto para clasificar un paciente como cumplidor.

Conclusiones. Los informes han permitido conocer tanto al médico como al farmacéutico, como se comporta nuestra población VIH en ADH al TAR y su EC, y detectar que un alto porcentaje de pacientes con ADH no óptima presenta mala EC, por lo que habría que incidir con mayor medida en este tipo de pacientes.

A-045

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PARENTERAL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

O. Estrada Cuxart, G. Bonet Papell, C. Riera Riezu, J. Herreros Melenchor y A. Cuxart Mèlich

Unitat d' Hospitalització a Domicili. Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Estudiar la eficacia de la hospitalización a domicilio (HAD) en el control clínico y el tratamiento con antibióticos por vía parenteral (TAVP) de los pacientes afectados de enfermedades infecciosas que reúnan criterios de ingreso domiciliario.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en HAD desde febrero de 2001 a febrero de 2005 a causa de enfermedades infecciosas que requirieron TAVP. Se registraron las siguientes variables: número de pacientes ingresados en HAD con TAVP; distribución por edad y sexo; infecciones tratadas (según su localización); aislamientos microbiológicos obtenidos y sensibilidad antimicrobiana; antibióticos utilizados, dosis y duración del tratamiento; evolución del ingreso domiciliario (tasa de reingresos en el hospital, tasa de finalización del tratamiento en domicilio), estancia media en HAD y número de éxitos durante la HAD

Resultados. En el período estudiado la HAD de nuestro centro atendió 2.928 enfermos, de ellos 265 ingresaron por patología infecciosa que precisó TAVP. Edad media de los pacientes: 65,7 años. Sexo: 186 hombres. Según su localización las infecciones más prevalentes fueron: infecciones respiratorias (neumonías, infección de bronquiectasias), bacteriemias (origen urinario, sepsis por catéter), infección de partes blandas, osteomielitis y procesos quirúrgicos (diverticulitis, colecistitis, infección de heridas quirúrgicas, apendicitis, peritonitis). En 116 casos (44%) se obtuvo aislamiento microbiológico. Los antibióticos más utilizados fueron: ceftriaxona (84), gentamicina (32), teicoplanina (25), metronidazol (24), ertapenem (24), cefotaxima (20), imipenem (13), ciprofloxacina

na (11). Vía de administración: endovenosa (240), intramuscular (25). Duración media del tratamiento en HAD: 9,6 días. Estancia media HAD: 11,56 días. En 241 ocasiones (91%) se finalizó el tratamiento antibiótico en domicilio. En los 24 casos restantes (9%) el paciente tuvo que reingresar en una cama convencional del hospital. No se registraron éxitos durante el ingreso HAD de los pacientes con TAVP.

Discusión. El manejo clínico de los enfermos con patología infecciosa se encuentra dentro del campo de interés de la medicina interna. Varios factores han propiciado el desarrollo del TAVP en HAD: la creciente demanda asistencial; la mayor posibilidad de control a distancia (telemedicina, dispositivos de infusión periódica), la aparición de nuevos fármacos con un alto perfil de seguridad y propiedades farmacocinéticas favorables (mayor estabilidad) y la conciencia por parte del enfermo y sus familiares de las ventajas del ingreso domiciliario. Los datos presentados en este trabajo coinciden con los de otras experiencias previas en nuestro medio publicadas con anterioridad (Goenaga et al, Rev Clin Esp. 2002) y avalan la seguridad y eficacia de la HAD en pacientes con TAVP. El manejo de estos enfermos en HAD a cargo de un especialista en medicina interna garantiza un adecuado control clínico a lo largo de su ingreso. Futuras líneas de trabajo en este campo deberán incidir entre otros aspectos en la satisfacción de los pacientes con esta modalidad de tratamiento y análisis de costes económicos comparados con pacientes tratados en hospitalización convencional.

Conclusiones. La HAD es un recurso eficaz y apropiado en pacientes que precisan de TAVP. El tratamiento en régimen de HAD permite un ahorro de estancias en hospitalización convencional equivalente al número de días con tratamiento parenteral en el domicilio. La elección del antibiótico parenteral debe basarse en criterios clínicos y microbiológicos; atendiendo a su perfil de seguridad, facilidad de manejo en el domicilio, menor número de administraciones diarias posible y estabilidad de la preparación. El adecuado manejo de las infecciones nosocomiales en el domicilio puede favorecer su control y evitar su dispersión intrahospitalaria.

A-092 ESTUDIO DE LOS FACTORES QUE JUSTIFICAN EL INGRESO DE LA NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DE BAJO RIESGO TEÓRICO

A. Farfán Sedano, J. Hinojosa Mena-Bernal, O. Mateo Rodríguez, M. Romero Sánchez, A. Rodríguez Benavente, A. Pérez Martín, J. Ruiz Ruiz y A. Zapatero Gaviria

Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Analizar la mortalidad en las distintas clases de clasificación pronóstica de Fine y valorar los factores de riesgo que influyen en la toma de decisión de ingreso de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) de teórico bajo riesgo de mortalidad (Fine I-III) según el *Pneumonia Severity Index* (PSI).

Material y métodos. Estudio retrospectivo y transversal que analiza todos los pacientes con diagnóstico de NAC ingresados en el Hospital de Fuenlabrada en el primer año de funcionamiento desde el 1 de marzo de 2004 al 28 de febrero de 2005. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes mayores de 14 años con el diagnóstico de NAC. Se excluyeron aquellos pacientes diagnosticados de SIDA, así como aquellos diagnosticados de neumonía nosocomial y de tuberculosis pulmonar. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó el PSI. Estudio estadístico: para el análisis de los datos la aplicación Microsoft Access y el paquete estadístico SPSS.

Resultados. Se analizaron un total de 280 casos de NAC. La mortalidad global fue del 7%. La mortalidad por las diferentes grados de clasificación pronóstica de Fine fue: Fine I y II (0%), Fine III (1,78%), Fine IV (5,5%) y Fine V (29,54%). Con respecto a los parámetros de gravedad encontrados al ingreso se apreció: hipoxemia ($pO_2 < 60$ o $SO_2 < 90\%$) en 170 casos (61%), BUN > 30 en 94 (33,6%), recuento leucocitario superior a 20.000 o inferior a 4.000 en 40 (14,3%), insuficiencia renal aguda en 37 (13,2%), confusión mental y frecuencia respiratoria igual o superior a 30 por minuto en 31 (11%), frecuencia cardíaca igual o superior a 125 lpm. en 27 (9,6%), glucemia igual o mayor de 250 en 24 (8,6%), TAS menor de 90 y sodio menor de 130 en 18 (6,4%), hematocrito menor de

30% en 12 (4,3%), pH menor de 7.35 en 11 (4%), coagulación intravascular diseminada y T^a menor o igual de $35^\circ C$ o mayor de $40^\circ C$ en 2 (0,7%). Los factores de riesgo asociados en el momento de ingreso fue: EPOC en 86 (30%), tabaquismo en 68 (24%), diabetes en 63 (22%), neoplasias en 39 (14%), cardiopatía isquémica en 31 (11%), deterioro cognitivo o enfermedades mentales graves en 30 (10%), nefropatía y antibioterapia previa en 26 (9%), etilismo crónico en 22 (8%), inmunodeprimidos en 18 (6,4%), hepatopatía y accidente cerebro-vascular en 17 (6%), insuficiencia cardíaca en 16 (5,7%), bronquiectasias en 9 (3,2) y drogadicción y enfermedades neuromusculares en 3 (1,1%). La incapacidad para recibir el tratamiento por vía oral fue el motivo de ingreso en sólo un paciente. Con respecto al motivo de ingreso de los pacientes Fine I, 0,05% eran EPOC, 10% tenían infiltrado radiológico multilobar, 10% bilateral y 5% cavitación/absceso; en los Fine II, 6% eran EPOC, 58% tenían hipoxemia, 17% infiltrado radiológico multilobar, 11,5% infiltrado bilateral, 4% infiltrado intersticial y 6% derrame pleural; en los Fine III 40% eran EPOC, 68% tenían hipoxemia, 16% infiltrado radiológico multilobar, 5% bilateral, 1,78% intersticial, 1,78% cavitación/absceso y 7% derrame pleural.

Discusión. La mortalidad de las distintas clases de clasificación pronóstica (PSI) de la serie de Fine es muy similar a la nuestra lo cual corrobora el alto valor predictivo positivo del mismo en ese sentido, sin embargo es conocido sus limitaciones a la hora de utilizarlo como indicador de hospitalización al no tener en cuenta determinados parámetros que obligan el ingreso como la EPOC, hipoxemia, patrones radiológicos, incapacidad para el tratamiento oral, cumplimiento terapéutico, etc. En las últimas Guías Clínicas de las diferentes Sociedades Científicas se acepta el PSI como indicador de hospitalización, pero aplicando otros factores previos que justificarían el ingreso, como la hipoxemia.

Conclusiones. El PSI es una buena escala de clasificación pronóstica para conocer el riesgo de mortalidad en nuestra serie, pero tiene grandes limitaciones como único medio de valoración de la adecuación de ingresos hospitalarios por NAC.

A-106 BACTERIEMIA POR *LISTERIA MONOCYTOGENES*. ANÁLISIS DE 110 CASOS

M. Suárez¹, R. Bautista¹, A. Soriano², M. Almela³, F. Marco³, J. Martínez², P. Peña¹ y J. Mensa²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. ³Servicio de Microbiología. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.

Objetivos. Analizar la frecuencia, serotipos, forma de presentación clínica y evolución de los pacientes con bacteriemia por *L. monocytogenes*.

Material y métodos. Seguimiento prospectivo de pacientes con bacteriemia por *L. monocytogenes* atendidos entre enero de 1991 y abril de 2005 en un hospital de tercer nivel.

Resultados. En el periodo de estudio se observaron 110 casos distribuidos en: 20 casos entre 1991-1995, 27 entre 1996-2000 y 63 entre 2001 - abril 2005. La edad media fue de $61,1 \pm 16,3$ años. El 66,4% eran hombres, el 44,5% tenían una edad igual o superior a 65 años y sólo se detectaron 7 casos en mujeres embarazadas. El serotipo más frecuente fue el 4 (73,6%) seguido del 1 (26,4%). Cien pacientes (90,9%) tenían una o más enfermedades de base (26 neoplasia de órgano sólido, 18 cirrosis hepática, 16 habían recibido un trasplante, 14 neoplasia hematológica, y 26 padecían otras patologías). 54 pacientes recibían tratamiento con corticoides. Sólo 10 pacientes no tenían comorbilidad, de los cuáles 5 eran mujeres embarazadas. La enfermedad se presentó como bacteriemia aislada en 62 casos (56,4%), meningitis en 33 (30,0%), peritonitis en 6 (5,5%), y como infección de otra localización en 11 (4 amnionitis, 3 neumonías, 1 absceso cerebral, 1 encefalitis y 1 endocarditis). No se observó relación entre el serotipo y la forma de presentación clínica o la mortalidad, ni entre estas dos últimas variables. Fallecieron 23 pacientes (20,9%). La mortalidad global y la de los pacientes con meningitis fue respectivamente del 8,0% (2/25) y 7,1% (1/14) en los pacientes que recibieron ampicilina como pauta de tratamiento empírico inicial y del 18,8% (16/85) y 36,8% (7/19) en los que recibieron otro antibiótico (p: ns). La mortalidad de los pacientes con

meningitis tratados empíricamente con una cefalosporina en monoterapia fue del 50% (5/10) frente al 13% (3/23) en los que se incluyó inicialmente un antibiótico potencialmente activo contra listeria (vancomicina, aminoglucósidos, penicilina, o carbapenem) ($p = 0,06$). El porcentaje de cepas de *L. monocytogenes* sensibles a ampicilina y vancomicina fue del 100,0%, gentamicina 97,9%, rifampicina 94,1% y cotrimoxazol 93,8%.

Discusión. La infección por *L. monocytogenes* es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Hasta nuestro conocimiento no existen series tan amplias publicadas como la que presentamos. El aumento de la incidencia de esta infección ha sido favorecido por el incremento de pacientes inmunodeprimidos y la mayor supervivencia de éstos lo que está produciendo un cambio en el patrón epidemiológico de esta infección. Así en nuestra muestra casi el 90% de los pacientes estaban en situación de inmunosupresión. El alto porcentaje de bacteriemia primaria como forma de presentación clínica (56,4%) coincide con lo señalado en estudios previos. Sin embargo, la baja incidencia de endocarditis de nuestra serie (0,91%) contrasta con la hallada en otros estudios (8%). La mayor mortalidad en los pacientes tratados con cefalosporinas frente a los que recibieron antibióticos activos para *L. monocytogenes* refuerza la idea ya señalada sobre la ineficacia de las cefalosporinas en el tratamiento de esta infección. La menor tasa de mortalidad hallada en este estudio (20,9%) en comparación con la de otros previos (30%-60%) podría deberse a factores como, la mejora en las pautas de tratamiento antibiótico empírico en los últimos años, y la baja incidencia de endocarditis en nuestra muestra.

Conclusiones. En los últimos años hemos observado un aumento de los casos de listeriosis en población inmunodeprimida. El tratamiento antibiótico empírico apropiado se asoció a una menor tasa de mortalidad, especialmente en los pacientes con meningitis.

A-107 EPIDEMIOLOGÍA DEL SAMR EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA 2001-2002

A. Carrero Gras¹, P. Carrero González², F. Chaves³, R. González González¹, I. León Gaitán³, R. Molina³, M. Cepeda³ y E. Ferrerira Pasos³

¹Medicina Interna, ²Microbiología. General. Segovia.

³Microbiología. 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. *Staphylococcus aureus* es causa común de infecciones diversa, tanto comunitarias como nosocomiales. El interés actual de este patógeno deriva tanto en su elevada frecuencia como en la presencia de cepas resistentes a oxacilina o metilicina, denominadas SAMR o SAOR, que son una de las principales causas de brotes de infección nosocomial, endémicos o epidémicos. Los Objetivos del estudio fueron: 1) Describir las infecciones en las que estaba implicado SAOR. 2) Aplicación de una encuesta estadística al efecto para determinar la epidemiología de los aislamientos en nuestro medio. 3) Análisis del fenotipo (patrón) de resistencia. 4) Determinar mediante biología molecular en las cepas aisladas el genotipo, con la técnica de electroforesis en campo pulsante (PFGE). 5) Relacionar la epidemiología molecular con la convencional.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo y observacional, con datos recogidos del laboratorio de Microbiología del Hospital General de Segovia (HGSG), complementados con información obtenida de la revisión de cada una de las Historias clínicas. Se incluyeron en el estudio todas las cepas obtenidas, independientemente del origen de la muestra. Las historias clínicas se revisaron de forma individual y se completó una ficha diseñada a tal efecto. Con los datos de las 103 cepas, se definió una base de datos utilizando el Software Excel 2000, donde se agruparon todos los datos de los que disponíamos.

Resultados. 1) 208 cepas positivas para SAMR, de 1.673 cepas de *Staphylococcus* sp. (excluyendo los otros *Staphylococcus coagulasa* negativo que no fuesen epidermidis), durante el período de estudio. Se estudiaron 103 cepas, de 102 pacientes. 2) Distribución por sexo: 55% varones y 45% mujeres. 3) Edad en décadas: El 70% eran mayores de 70 años. 4) Procedencia de los enfermos: Servicios médicos hospitalarios con el 45% de los casos (destacando en orden de frecuencia Geriátrica), Cirugía con el 20%, Consultas externas (10%), AP (15%) y Residencias Tercera Edad (10%). 5) Adquisi-

ción de la infección: 62% Intrahospitalaria. 6) Origen de las muestras: Exudado herida quirúrgica (28%), Ulcera por presión (20%), aspirado traqueal y de esputo (14%). 7) Histórico de hospitalización: El 40% había estado ingresado 2 o más veces. 8) Ubicación del aislamiento: 60% ingresados. 9) Factores de riesgo para el desarrollo de la infección: catéter intravascular (55%), nutrición parenteral (17%), procedimientos médicos recientes (60%), procedimientos quirúrgicos recientes (50%), Inmunodeprimidos (50%), enfermedad de base (68%). 10) Tratamiento antibiótico empírico: 67% de los pacientes, Betalactámicos solos o combinados con un 50%. 11) Tratamiento antibiótico después de recibir el antibiograma, destacan las fluoroquinolonas (40%). Mayoría cepas multirresistentes (a 3 o más ABT). 12) Sensibilidad del 100% a Vancomicina, Teicoplanina, Tetraciclina y sulfametoxazol. 13) Tratamiento correcto según antibiograma en el 50%. 14) Infección nosocomial: En el 60% de los casos. 15) Control de portador nasal en el 15% de los caso. 16) Resultados de la PFGE: se obtuvieron 11 cepas, destacando en nuestro medio la número 8, con 86 aislamientos, considerándose un clon endémico del Hospital. Para concretar los resultados se ha elegido uno de los datos, pero todos los expuestos están representados en el trabajo como: Si/No/Sin datos.

Discusión. SAOR es una amenaza bacteriana en todo el mundo y sobretodo en el medio hospitalario, en nuestro estudio queríamos obtener una base de datos epidemiológica sobre las características de la infección en nuestro hospital y determinar con los mismos datos si había algún clon endémico que fuese responsable de brotes epidémicos.

Conclusiones. Pacientes mayores, con factores de riesgo para el desarrollo de la infección, cepas multirresistentes y predominio de un clon endémico que no causó ningún brote epidémico.

A-110 ESTUDIO CLÍNICO DE 634 CASOS DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ALTO COMPLICADA

A. Villalobos Sánchez, A. Plata Cíezar, N. Macías Vega, I. Portales Fernández, S. Santamaría Fernández, I. Pérez de Pedro, J. Colmenero Castillo y R. Gómez Huelgas

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Medicina Interna.

HGU Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas, espectro clínico y agentes etiológicos más frecuentes de la infección del tracto urinario (ITU) alta complicada o grave en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de una serie de 634 pacientes con ITU alta complicada o grave. Se incluyeron todos los pacientes que cumplían criterios de la IDSA de ITU alta complicada o grave y requirieron ingreso hospitalario en los Servicios de UCI o Medicina Interna del Hospital Universitario Carlos Haya (Málaga), entre Enero de 1996 y diciembre de 2004.

Resultados. Durante el período de estudio se incluyeron 634 pacientes, que ingresaron en los Servicios de Medicina Interna 563 (88%) y UCI 71 (12%). La edad media fue de 57,58 (rango de 14-90 años) y 456 (71,9%) eran de sexo femenino. Los factores predisponentes más frecuentes fueron: Litiasis renal 169 pacientes (26,7%), patología prostática 52 (8,2%), patología estructural de la vía urinaria 45 (4,3%), patología vesical funcional 42 (6,6%). El 49,3% de los pacientes presentaba enfermedades subyacentes, destacando: Diabetes mellitus 192 (30,3%), inmunodepresión 43 (6,8%), instrumentación urinaria previa 27 (4,3%), insuficiencia renal crónica 27 (4,3%); sonda permanente 23 (3,6%). Se trató del primer episodio en 456 pacientes (71,9%). La estancia media fue de 10,93 ± 87 días. La duración media de los síntomas fue de 5,9 ± 8,19, siendo los más frecuentes: fiebre 565 (89,1%), escalofrío 503 (79,3%), dolor lumbar 490 (77,3%), síndrome miccional 447 (70,5%), sepsis 163 (25,7%), puñopercusión renal positiva 487 (76,8%). Los datos analíticos más frecuentes fueron leucocitosis (14.962 ± 6.749), creatinina 1,53 ± 1,13, leucocituria 576 (90,1%), bacteriuria 148 (23,3%). Los hemocultivos fueron positivos en 204 pacientes (41,2% de los hemocultivos realizados), negativos 290 (58,8%). Entre los hemocultivos positivos encontramos: *E. coli* 158 (77,4% de los hemocultivos positivos), *Proteus* 14 (6,8%), *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia* 9 (4,4%), bacilos Gram

negativos (BGN) no fermentadores 3 (1,4%), cocos gram positivos 8 (3,9%), polimicrobiano 2 (0,9%), cándida 2 (0,9%). Los urocultivos fueron positivos en 352 pacientes (59,6% de los urocultivos realizados), negativos 238 (40,3%). Gérmenes obtenidos: *E. coli* 258 (73,2% de los urocultivos positivos), *Proteus* 21 (5,9%), *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia* 20 (5,68%), BGN no fermentadores 9 (2,5%), cocos gram positivos 6 (1,7%), polimicrobiano 7 (1,9%), cándida 6 (1,7%). Entre las complicaciones resaltar shock séptico 53 (8,4%), insuficiencia renal aguda 102 (16,1%), absceso perinefrítico 10 (1,6%). La mortalidad fue 29 pacientes (4,6%), cruda 7 (1,1%) y atribuible 22 (3,5%).

Discusión. La infección del tracto urinario alta complicada supone una causa frecuente de ingreso en los servicios de medicina interna con un importante consumo de recursos. Los signos y síntomas clínicos continúan siendo las bases fundamentales para el diagnóstico, afectando sobre todo a pacientes con patología subyacente local o enfermedades predisponentes sistémicas. Desde el punto de vista microbiológico *E. coli* continúa siendo el patógeno predominante, destacando la alta rentabilidad que presenta el hemocultivo en el diagnóstico bacteriológico. Aunque su morbimortalidad no es elevada, dada su importancia en frecuencia debería ser objeto de más atención en los servicios de medicina interna.

Conclusiones. 1) La ITU alta complicada o grave es una causa frecuente de ingreso hospitalario en nuestro medio. 2) La ausencia de leucocituria o síndrome miccional no excluye la existencia de ITU alta complicada. 3) El alto porcentaje de bacteriemia obliga a realización de hemocultivo. 4) Presenta morbimortalidad no despreciable en relación a la presentación de sepsis o shock séptico.

A-113 ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE ADQUISICIÓN NOSOCOMIAL. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

J. Barbero Allende, J. Llenas García, A. Igarzabal Jorqui, D. Maseda Fernández y R. González Fuentes
Medicina Interna. 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. La endocarditis infecciosa (EI) continúa siendo un problema importante debido a que ni la incidencia ni la mortalidad ha disminuido en las últimas décadas, a pesar de los avances médicos que se han producido. El presente estudio tiene como objeto describir un aspecto concreto de la EI, aquellos casos de adquisición nosocomial en una serie de EI estudiada en un área de salud y observar el peso que tiene y qué características diferenciales presenta.

Material y métodos. Se realizó búsqueda de historias clínicas con diagnóstico de endocarditis infecciosa en el período 1998- 2002 en un hospital terciario y se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La EI fue definida según los criterios de Duke modificados. La EI protésica precoz se definió como aquella que acontece en los 12 primeros meses tras la cirugía valvular. La endocarditis nosocomial fue definida como aquella que se desarrolla tras más de 48 horas de admisión en un hospital o en la que había un antecedente de hospitalización en los 2 meses previos, incluido por intervención quirúrgica, quedando excluidos los casos de endocarditis protésica precoz. Se realizó la codificación y análisis de los datos con el programa SPSS siendo $p < 0,05$ significativo.

Resultados. Se encontraron 69 casos de EI. La incidencia fue de 0,35 casos de cada 1.000 ingresos y año. En 13 casos la EI se produjo sobre válvula protésica, 5 precoces y 8 tardías. De los 56 restantes sobre válvula nativa, 16 ocurrieron en ADVP. El microorganismo más frecuentemente aislado fue el *Staphylococcus*, 21 *S. aureus* y 13 *Staph. coagulans* negativo. En 30 casos se indicó tratamiento quirúrgico (43,5%). La mortalidad total fue del 18,8%. En total se identificaron 16 casos que cumplían los criterios predefinidos de EI nosocomial, 7 en hombres y 9 en mujeres. El 81,25% de los casos tenían más de 60 años. En el 57% había una cardiopatía previa. El *S. aureus* y el *E. faecalis* fueron los microorganismos más frecuentemente implicados con 7 casos cada uno. 1 caso se produjo por *Streptococcus haemolyticus* tipo C y el otro por *Salmonella*. De los *S. aureus* 3 eran resistentes a metilicina. Las vías de entrada más frecuentes fueron la vascular (6 casos), en todas ellas *S. aureus*, y genitourinaria (4 casos) para el *E. faecalis*. La mortalidad fue del 31,25%, aunque sin significación estadística. En los casos de EI nosocomial debidos a *S. aureus* la mortalidad fue del 57,14% ($p = 0,049$). La morbilidad alcanzó el 75%.

Discusión. A los 3 grupos «clásicos» de EI (nativa, protésica, ADVP) se podría añadir un cuarto, la EI nosocomial, que puede llegar a constituir casi la cuarta parte del total. El perfil del paciente con EI nosocomial es una persona añosa, con valvulopatía previa que sufre una bacteriemia estafilocócica asociada a un procedimiento endovascular u enterocócica por manipulación de la vía urinaria. La EI continúa siendo una enfermedad con elevada morbi- mortalidad, sin haberse logrado cambios importantes en los últimos años. Actualmente se tiende a ser más agresivo en el tratamiento de la EI, fundamentalmente con cirugía (en esta serie más de la mitad de los casos se operaron). Sin embargo, esto no se ha traducido en una disminución de la mortalidad, sin haber una clara respuesta para ese hecho. La EI estafilocócica se sabe que es más agresiva y de peor pronóstico y en la actualidad ha desplazado a la estreptocócica. La EI adquirida en el medio hospitalario es una de las causas de este «desplazamiento» y en consecuencia explicaría, parcialmente, este hecho, constituyendo un problema añadido su mayor índice de resistencias. Aunque no se demostró su peor pronóstico (estadísticamente) en otros estudios sí se ha relacionado con mayor mortalidad. **Conclusiones.** La EI continúa siendo una enfermedad relativamente frecuente y grave a pesar de haber disminuido factores de riesgo «clásicos» (valvulopatía reumática) por la aparición de otros nuevos, dentro de los cuales aparece como emergente la EI nosocomial. Este grupo debe ser objeto de una atención especial por el aumento de su incidencia y su peor pronóstico.

A-116 ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS DE MENINGITIS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL VEGA BAJA DE ORIHUELA (ALICANTE). COMUNICACIÓN DE UNA SERIE DE 143 CASOS

C. Capdepón Vaillo³, E. Delgado Martínez², V. Navarro López¹, J. García García³, I. Pacheco Tenza³, J. Gregori Colomé¹, S. Mola Caballero de Rodas² y J. Custardoy Olavarrieta³

¹Sección de Enfermedades Infecciosas, ²Sección de Neurología, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Objetivos. Conocer la distribución de los casos de meningitis diagnosticadas en el Hospital Vega Baja de Orihuela, único centro hospitalario público del área de salud número 20 de la comunidad valenciana. Estudio de los gérmenes aislados con mayor frecuencia y de la mortalidad durante el período analizado.

Material y métodos. Estudio de corte transversal con revisión de los casos de meningitis diagnosticados en población adulta (mayores de 15 años) en el Hospital Vega Baja de Orihuela durante el período comprendido entre enero de 1997 a julio del 2005. El Hospital es el único centro de referencia para toda el área de salud número 20 de la Comunidad Valenciana con un número total de 365 camas de hospitalización y una media de población de 251.540 habitantes. Se incluyen en el análisis los pacientes que cumplen los siguientes criterios: 1.º una sintomatología compatible con el diagnóstico de meningitis y 2.º alteraciones en el LCR que demuestren elevación en la celularidad y/o alteración en los niveles de proteínas y glucosa. Se revisan los informes de alta y las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de meningitis, recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, fecha de ingreso y de alta, días de hospitalización, presencia de factores de riesgo para meningitis, manifestaciones clínicas, datos de la exploración física, características del LCR, etiología, evolución y tratamiento.

Resultados. Durante el período estudiado (90 meses) se diagnosticaron un total de 147 episodios de meningitis en 142 pacientes y de estos cumplen los criterios previamente establecidos 143 casos en 138 enfermos. Fueron varones 77 (54,2%) pacientes y 61 (45,8%) mujeres. La mediana de edad fue de 36,1 años (rango 15-87) y la mediana de estancia hospitalaria de 7 días (rango 1-92). En 31 (22,5%) casos se detectaron factores de riesgo para el desarrollo de meningitis. Cumplían criterios clínicos de meningitis aguda 127 (92%) casos y de meningitis crónica 11 (7,7%) casos. Del total de casos 63 (48,8%) presentaron un LCR con predominio polimorfonuclear y 66 (51,2%) un predominio mononuclear (no hubo datos del recuento celular en 14 casos). Se obtuvo confirmación microbio-

lógica en 42 (29,4%) casos. Dentro de las meningitis con predominio PMN en 31 (49,2%) se obtiene la confirmación microbiológica mientras que entre las meningitis con predominio mononuclear se obtiene en 11 (16,7%) casos. Los patógenos causales más frecuentes fueron: *Neisseria meningitidis* con 15 casos, *Streptococcus pneumoniae* con 8 casos, *Listeria monocytogenes* en 3 casos, *Mycobacterium tuberculosis* en 3 casos, VVZ en 2 casos, *Cryptococcus* sp. en 3 casos, VEB en 2 casos y 1 caso de cada uno de los siguientes gérmenes: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* sp., *Enterococcus* sp., *Brucella* sp., VHS y CMV. La tasa de casos de meningitis en el período estudiado fue de 7,3 casos/100.000 habitantes/año. La mortalidad global durante el período estudiado fue de 9 (6,3%) casos.

Conclusiones. La tasa de casos de meningitis diagnosticadas fue de 7,3 casos/100.000 habitantes/año no observando diferencias anuales en el período estudiado. El número de pacientes con confirmación microbiológica dentro de las meningitis con predominio neutrofilico es mayor que el observado en las meningitis con predominio mononuclear ($p < 0,001$). Entre los organismos causales, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* son aislados con mayor frecuencia en las meningitis con predominio neutrofilico que en las de predominio mononuclear ($p < 0,002$ y $p < 0,006$ respectivamente).

A-121

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL ABSCESO HEPÁTICO EN LOS HOSPITALES COMARCALES DE CATALUÑA

S. Montull¹, J. Vilaró², J. Fernández³, B. Beltrán⁴, M. Masabeu⁵, P. Comas⁶, J. Canet⁷ y M. Grau⁸

¹M. Interna. Granollers, Barcelona. ²M. Interna. Vic, Barcelona.

³M. Interna. Mataró, Barcelona. ⁴M. Interna. Terrassa, Barcelona.

⁵M. Interna. Palamós, Girona. ⁶M. Interna. Figueres, Girona.

⁷M. Interna. Vilafranca del Penedés, Barcelona. ⁸M. Interna.

Esperit Sant. Sta.Coloma de Gramanet, Barcelona.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes con abscesos hepáticos en nuestros centros.

Material y métodos. Análisis retrospectivo multicéntrico de los abscesos hepáticos diagnosticados en nuestros centros en los últimos diez años. Se ha elaborado una base común de datos (ACCESS versión 2000) y un clínico en cada centro ha revisado las historias clínicas obtenidas a partir de una búsqueda de absceso hepático por la documentalista clínica de cada hospital. Los datos recogidos han sido analizados estadísticamente con la versión 10,1 del SPSS.

Resultados. Se han estudiado 130 casos con absceso hepático, de los que un 56,2% eran varones y un 43,8% mujeres. La edad fue de 64 ± 17 años (16-93 a.). El motivo de consulta principal fue la fiebre (85,4%) y el dolor abdominal (63,1%) seguido por náuseas, vómitos y pérdida de peso. El diagnóstico de absceso hepático se obtuvo por ecografía abdominal en 99 casos (76%) y en 31 casos por TAC abdominal (24%). En 39 casos con eco sugestiva se requirió la confirmación con TAC. La identificación del germen se consiguió en un 76,2% (93/122) o bien por drenaje percutáneo i/o PAAF (80 casos-62%) o bien por hemocultivos (43 casos-33%). Los gérmenes más frecuentes fueron *E. coli* (19,2%), *Klebsiella* (12,3%), seguidos por anaerobios (8,5%) y amebas (4,6%). En un 22% el organismo era único. El trastorno subyacente más frecuente fue la patología del tracto biliar (77/130: 59%), patología intestinal (18/130: 14%). Un 43,1% de los casos se trataron con antibióticos más drenaje percutáneo, un 11,3% con antibióticos más aspiraciones, un 18,5% con antibióticos más cirugía y un 18% solo con antibióticos. La estancia hospitalaria fue de 21 ± 7 días. Un 6,2% de los casos (8/130) reingresó a los 30 días. La mortalidad fue del 6,2% (8/130) durante el ingreso, si bien otros dos pacientes fallecieron por causas no relacionadas dentro de los 6 meses post-alta.

Conclusiones. La fiebre y el dolor abdominal fueron los síntomas más frecuentes de presentación en nuestra serie. El diagnóstico se obtuvo en la mayoría de los casos por ecografía, si bien requirió la confirmación por TAC en una tercera parte de casos. En tres cuartas partes de casos se llegó a identificar el germen, con mayor ren-

dimiento de la PAAF respecto a los hemocultivos. En un 80% de casos se realizó drenaje por vía percutánea o quirúrgica. La mortalidad fue comparable a la de otras series.

A-144

ENFERMEDAD FÚNGICA INVASIVA EN PACIENTES TRASPLANTADOS: ESTUDIO DE 40 CASOS EN AUTOPSIA

M. Agud Fernández¹, M. Yebra Bango¹, C. Salas Antón², P. Durán del Campo¹, R. García Madero¹, E. Sufrete Sorzano¹, M. Méndez García¹ y M. Sánchez Yuste²

¹Medicina Interna, ²Anatomía Patológica. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. En las dos últimas décadas se ha producido un incremento en la incidencia de infecciones fúngicas invasivas, debido al aumento de población en riesgo. Un contexto especial es el paciente trasplantado, en el que confluyen varios factores de riesgo para la enfermedad por hongos. Nuestro objetivo es estudiar la presencia de infección fúngica invasiva en necropsias de pacientes trasplantados en nuestro centro.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de las autopsias hechas en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid desde el año 1976 al 2005 y se seleccionaron los pacientes receptores de trasplante de órgano sólido (riñón, corazón, pulmón, hígado) y de médula ósea en cuya necropsia se halló enfermedad fúngica invasiva. Se consideró diagnóstico de invasividad por hongos la demostración histopatológica de levaduras o hifas con evidencia de daño tisular (criterios de la EORTC/MSG).

Resultados. Cuarenta pacientes cumplían los criterios diagnósticos (1,46% del total de trasplantados de nuestro centro). Doce eran mujeres y 28 varones. La edad media en el momento del fallecimiento era de 41,9 años. Los patógenos más frecuentes fueron *Aspergillus* (23 casos) y *Candida* (12 casos). En el período 1976-1990 la infección por *Candida* representó el 70%, sin embargo, desde 1991 al 2005, fue *Aspergillus* el más frecuente (80%) ($p < 0,014$). *Aspergillus* fue el hongo predominante en el trasplante de órgano sólido (74%). El órgano más afectado en todos los tipos de trasplante fue el pulmón (78,9%) y en segundo lugar el tracto gastrointestinal, seguido del sistema nervioso central y del sistema urinario. En el pulmón el patógeno más frecuente fue *Aspergillus* (86,6%) y en el aparato digestivo *Candida* (70%). La infección fúngica fue responsable del fallecimiento del paciente en 31 de los 40 casos (77,5%). No se encontraron diferencias según el tipo de trasplante ni el tipo de hongo. Sólo en 14 de los pacientes (35%) se aisló el mismo microorganismo antes del éxitus (64,3% *Aspergillus* y 35,7% *Candida*). En el trasplante de pulmón existe cultivo previo coincidente en el 87,5%. El 100% de los pacientes con trasplante de pulmón recibió profilaxis antifúngica. El tratamiento de la infección se realizó en 100% de los trasplantes de médula ósea, 75% de los de pulmón y menos del 50% en trasplante hepático y cardíaco.

Discusión. Existen pocos estudios necrópsicos de infección por hongos en pacientes trasplantados. Para definir enfermedad fúngica invasiva se han empleado los criterios del grupo de consenso EORTC/MSG. Al igual que en otros estudios se observa una tendencia al aumento en la incidencia de *Aspergillus* y un retroceso en la de *Candida*. Se atribuye este hecho al mejor control de las candidiasis con fluconazol. El hecho de que el pulmón y el aparato digestivo sean los órganos más afectados se relaciona con que son órganos más expuestos a la transmisión de estos patógenos. La mortalidad global se debió fundamentalmente a la infección micótica en 77,5% como en otras series, a pesar de haber recibido tratamiento antifúngico previo. Esto y la dificultad del diagnóstico premortem apoyan el interés del tratamiento empírico precoz.

Conclusiones. En la necropsia de los pacientes con trasplante existe un predominio de *Aspergillus* frente a *Candida* que se ha acentuado en los últimos años. El pulmón fue el órgano más frecuentemente afectado por la infección fúngica. Excepto en el trasplante pulmonar, el diagnóstico correcto en vida es infrecuente. En la mayoría de los pacientes la infección fúngica fue la responsable principal de la muerte. Es necesario optimizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que pueden redundar en un tratamiento más precoz y eficaz.

EDAD AVANZADA

EA-018

FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON NEUMONÍA: IMPORTANCIA DEL ESTADO FUNCIONAL, NUTRICIONAL Y DE LOS TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN

M. Cabre Roure¹, R. Boixeda Viu¹, M. Delgado¹, L. Force Santamaría¹, E. Palomera Fanegas², M. Serra Prat² y J. Capdevila Morell¹

¹Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona.

²Unitat de Recerca. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona.

Objetivos. Identificar aquellos factores relacionados con la mortalidad a los 30 días del ingreso en pacientes ancianos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) hospitalizados en una Unidad geriátrica de agudos de un Servicio de Medicina analizando la importancia de la severidad de la NAC, el estado funcional, nutricional y los trastornos de la deglución.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes > 70 años con NAC entre enero de 2001 agosto de 2005. Factores de estudio: edad, sexo, síntomas y signos, comorbidades, índice de severidad de la neumonía de Fine (PSI), índice de comorbilidad de Charlson, índice de Barthel (IB) preingreso, ingreso y alta, Mini Nutritional Assesment (MNA) y test de la disfagia.

Resultados. Se reclutaron 114 pacientes. El 59,6% hombres. Edad media de 84,6 años (DE 6,5). Mortalidad a los 30 días 15,8%. El índice de comorbilidad de Charlson fue de 2,42 (DE 1,45). La puntuación media de PSI de 127,8 (DE 31,3). Clases de riesgo de PSI: II 1,8%, III 8,8%, IV 43% y V 46,5%. IB preingreso, ingreso y alta 61,6, 38,2 y 55,6 respectivamente. IB preingreso < 40 el 30,7%, entre 40-60 el 14,9% y > 60 el 54,4%. El 30,4% estaban malnutridos (MNA < 17), el 53,2 en riesgo de desnutrición (MNA17-23,5) y bien nutridos 16,5% (MNA > 24). El 42% de los pacientes presentaban trastornos de la deglución. En el análisis de regresión logística el IB preingreso inferior a 40 es un factor de riesgo de mortalidad con una OR = 4,56, IC 95% :1,41-14,72, (p = 0,011) con respecto al IB > a 60, al igual que la presencia de disfagia con una OR = 7,33, IC 95%:1,91-28,04 (p = ,004). En cambio la desnutrición (MN < 17) la OR = 2,4 IC 95%: 0,239-24,06 pero no alcanza los niveles de significación (p = 0,45)

Discusión. En el grupo de pacientes analizados, la presencia de disfagia, el estado funcional - la dependencia física- previo al ingreso y probablemente la desnutrición son factores de riesgo de mortalidad en pacientes ancianos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad.

Conclusiones. En la población anciana que presenta una NAC, debería incluirse como nuevas variables pronósticas la presencia de los trastornos de la deglución y el estado nutricional y funcional.

GESTIÓN

G-019

¿CUÁNTO ESTÁ DISPUESTA A PAGAR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA POR EPLERENONA, UN NUEVO FÁRMACO PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA POSTINFARTO?: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE DISPONIBILIDAD A PAGAR

J. Pintó Prades¹, V. Farreras¹ y J. Fernández de Bobadilla Osorio²

¹Departamento de Economía. Universidad Pompeu Fabra.

Barcelona. ²Dpto. de IRS y Farmacoeconomía. Pfizer España. Alcobendas, Madrid.

Objetivos. Uno de los principales problemas de las autoridades sanitarias es determinar cuándo el precio de un medicamento resulta o

no razonable. El objetivo principal de este estudio es determinar la disponibilidad a pagar de Eplerenona, un nuevo fármaco que reduce el riesgo de muerte en la insuficiencia cardíaca postinfarto agudo de miocardio (IAM). Como objetivo secundario se muestra como este método puede ser una herramienta útil en la evaluación de nuevos fármacos.

Material y métodos. Se estimó el valor monetario de la reducción del riesgo de muerte tras un IAM mediante el método de valoración del contingente. Para estimar la disponibilidad a pagar de la sociedad por una reducción del riesgo de muerte se utilizó un método de formato discreto con seguimiento. El formato discreto estima el valor del bien comenzando por un pago determinado y a continuación preguntando a la persona entrevistada si pagaría o no dicha cantidad de dinero por el bien en cuestión. Se entrevistó a 350 sujetos de la población general. Se dividió la muestra en cinco submuestras de 70 personas cada una. Se le preguntó a cada sujeto de la misma submuestra si estaría o no dispuesto a pagar una determinada cantidad de dinero durante 5 años para reducir su riesgo de muerte en un 2% después de un IAM. Si respondían positivamente, se les preguntaba si estarían dispuestos a pagar una cantidad mayor. Si respondían negativamente, se les preguntaba por una cantidad menor. Sólo se le hacía una pregunta de seguimiento a cada sujeto. Los pagos utilizados fueron 30 €, 60 €, 90 €, 120 € y 240 €. Como había una pregunta de seguimiento, se estimó el porcentaje de sujetos con disponibilidad a pagar 15 €, 30 €, 60 €, 90 €, 120 €, 240 € y 300 €. Se estimaron los bids después de encuestas piloto que incluyeron a 170 sujetos. La muestra total utilizada en el estudio fue de 520 sujetos. Las preguntas fueron hechas en términos de disponibilidad a pagar para una reducción del riesgo de muerte bajo certeza y también en situación de no certeza. Con el término «bajo certeza» se quiere expresar que a los sujetos se les pidió que asumieran el papel de un paciente hipotético. En este caso, el medio de pago fue el incremento en los gastos mensuales en medicamentos. Bajo no certeza. Con el término «situación de no certeza» se quiere expresar que a los sujetos se les pidió que asumieran el papel de un ciudadano que podría usar el medicamento en el futuro y, en este caso, el medio de pago sería aceptar ahora un incremento en los impuestos para financiar el medicamento.

Resultados. Como se esperaba, el porcentaje de sujetos que aceptó los precios ofrecidos disminuyó con el aumento del pago. El porcentaje que aceptó pagar 15 €, 30 €, 60 €, 90 €, 120 €, 240 € y 300 € fue, respectivamente de 99%, 88%, 68%, 44%, 21%, 8%, y 4%. Mediante un modelo logístico, se estimó una disponibilidad a pagar media de 86 € al mes. Esto, se traduce en una disponibilidad a pagar por año de vida ganado de alrededor de 17.000 € año de vida. En el caso de los impuestos, se estimó una disponibilidad a pagar promedio de 57 €.

Discusión. Generalmente, en la evaluación económica de los recursos sanitarios, se tiende a favorecer los estudios de coste efectividad o coste utilidad, en parte para facilitar la comunicación entre economistas, gestores y clínicos. Sin embargo, estos estudios no evitan el problema de establecer un umbral de gasto aceptable por unidad de resultado. Los estudios de coste beneficio, como este de disponibilidad a pagar, resuelven el problema de determinar el umbral consultando a la propia sociedad sobre sus preferencias.

Conclusiones. Concluimos que el incremento máximo en el coste mensual por el nuevo fármaco es de 86 €.

G-020

ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL EN EL PERÍODO 1996-2004

N. Jove, J. Sobrino, F. Nonell, B. Batalla, C. Carreras, E. Portabella, M. Bombardo y M. Torres

Medicina Interna. Fundacio Hospital de l'Esperit Sant.

Universitat de Barcelona. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Objetivos. Analizar la evolución de la actividad de hospitalización de un servicio de medicina interna de un hospital comarcal durante el período comprendido entre los años 1996 y 2004

Material y métodos. Se analizaron todas las estancias hospitalarias en un servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal del cinturón de Barcelona, desde enero de 1996 a diciembre de 2004.

Resultados. Durante dicho período se produjeron 20.981 altas,

con la siguiente distribución por años y características (tabla 1). Los diagnósticos más prevalentes presentaron la siguiente distribución (tabla 2). La mortalidad únicamente mostró una correlación estadísticamente significativa, con el número de altas, ($r = 0,697$; $p = 0,037$), pero no con el número de reingresos, estancia media, ni con la edad media de los pacientes.

Conclusiones. Durante los últimos años se ha producido un aumento de la actividad en nuestro servicio, al aumentar el número de ingresos hospitalarios y disminuir la estancia media de estos, sin un aumento de la mortalidad, aunque esta se correlacionaba directamente con el número de altas, con un ligero incremento de la edad media y una disminución de la prevalencia de enfermedades pulmonares crónicas como motivo de ingreso.

Tabla 1.

| año | número altas | número reingresos | estancia media (días) | edad media (años) | número de éxitos |
|------|-----------------|----------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|
| 1996 | 1.923 | 393 | 11,1 | 66 | 5 |
| 1997 | 2.215 | 451 | 10,9 | 64,9 | 45 |
| 1998 | 2.820 | 644 | 10,9 | 65,9 | 165 |
| 1999 | 2.033 | 602 | 10,4 | 65,8 | 130 |
| 2000 | 2.305 | 717 | 9,06 | 66,9 | 125 |
| 2001 | 2.074 | 628 | 7,77 | 66,8 | 80 |
| 2002 | 2.609 | 894 | 7,31 | 66,7 | 165 |
| 2003 | 2.557 | 872 | 7,13 | 66,4 | 126 |
| 2004 | 2.445 | 730 | 6,96 | 67 | 123 |

Tabla 2. Prevalencia de los diagnósticos más frecuentes.

| Años | EPOC | Insuficiencia cardíaca | Neumonía | Asma | Ictus | Cardiopatías isquémica | Neoplasias |
|------|-------|---------------------------|----------|-------|-------|---------------------------|------------|
| 1996 | 22,88 | 11,57 | 8,17 | 9,74 | 5,16 | 3,46 | 5,56 |
| 1997 | 19,39 | 12,3 | 7,54 | 10,15 | 8,62 | 3,23 | 5,61 |
| 1998 | 18,34 | 11,46 | 9,26 | 7,15 | 7,19 | 2,92 | 3,91 |
| 1999 | 17,97 | 9,74 | 7,77 | 5,75 | 8,1 | 5,46 | 2,48 |
| 2000 | 18,4 | 8,26 | 7,17 | 7,12 | 7,4 | 4,47 | 4,2 |
| 2001 | 15,92 | 9,97 | 6,36 | 5,24 | 7,88 | 6 | 5,14 |
| 2002 | 17,29 | 8,83 | 6,8 | 6,5 | 7,37 | 5,56 | 5,56 |
| 2003 | 17,29 | 8,53 | 7,91 | 6,67 | 5,98 | 5,87 | 3,98 |
| 2004 | 15,25 | 9,34 | 7,46 | 5,35 | 5,76 | 5,39 | 2,79 |

G-021

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA PARA CALCULAR UNA TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA

M. Sanclemente Ansó¹, J. Vilaro Pujals¹, J. Tort², R. Tomás³, R. Pujol Farriols⁴, E. Rodríguez Flores⁵, J. Altes Capella⁶ y Grupo de estudio de la tasa de mortalidad ajustada para los servicios de Medicina Interna⁷

Medicina Interna. ¹Hospital General de Vic, Barcelona. ²Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ³Hospital Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona. ⁴Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ⁵Hospital de l'Espirit Sant. Santa Coloma de Gramanet, Barcelona. ⁶Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca, Barcelona. ⁷Varios. Barcelona.

Objetivos. Cuantificar el valor de la tasa de mortalidad hospitalaria de los servicios de Medicina Interna para utilizarla como «gold-standard» en las comparaciones.

Material y métodos. Descriptivo de la mortalidad de los servicios de Medicina Interna, de los pacientes que mueran, en un período de estudio de enero de 2005 a diciembre de 2005. Se utiliza el protocolo de estudio de la mortalidad del Hospital General de Vic. Para la obtención del «gold standard» se hará la comparación de cada servicio de Medicina Interna.

Resultados. Desde enero a julio de 2005 se han recogido datos de 231 éxitos que corresponden a 7 servicios de Medicina Interna de

hospitales diferentes. El 52% de los cuales son hombres. La edad media del conjunto de las defunciones es de 80,67 años (IC 0,95:79,38-81,96). La estancia media es de 13,11 días con la siguiente distribución: el 25% de las defunciones se producen antes del 4.º día, y solamente un 5% se dan pasados 31 días. El 21,7% es decir 50 pacientes murieron en las primeras 48 horas de ingreso. El número de necropsias fue muy reducido: se solicitaron 11 (4,8%) de las que 7 fueron autorizadas, 6 tuvieron una correlación clínico-patológica absoluta. En cuanto a los registros clínicos del éxitus en 191 (82,7%) casos la historia clínica contenía una nota clínica de la defunción realizada tanto por el equipo facultativo como por enfermería. Se identificaron 25 éxitus por problemas hospitalarios afectando solo 4 a enfermería, existió un exceso de medidas diagnósticas o terapéuticas en un 12,6% de los éxitus, los fármacos son considerados excesivos en 2/3 partes de estos éxitus, las instrumentaciones de enfermería y las pruebas complementarias se reparten el segundo y tercer lugar. Recibieron tratamiento paliativo 136 (58,9% 9 de los pacientes controlando los síntomas en 128 (94,1%). Al preguntar al revisor sobre si se trataba de un paciente terminal en un 81,4% manifiesta que sí. En un 13% el revisor ha buscado asesoramiento de otros especialistas para cerrar el cuestionario. El 94,4% de los pacientes murieron en habitación individual y acompañados por familiares.

Conclusiones. 1) Los hombres se mueren 5,36 años antes que las mujeres 2) La edad media no varía si la comparamos con los éxitus registrados por nosotros en años anteriores. 3) Se produjeron 23 (9,9%) éxitus secundarios a problema hospitalario de las 231 defunciones, clasificándose de incidente nocivo el 50% de los casos, este dato tendría que hacernos revisar la calidad asistencial recibida por nuestros pacientes. 4) Solamente en un 3,9% de los informes constaba haber informado al paciente de la posibilidad de muerte, en cambio se había informado al 85,2% de los familiares. Sigue siendo excusa la información sobre la posibilidad de muerte que damos a nuestros pacientes. 5) El número de necropsias fue muy bajo, siendo comparable a otros trabajos. 6) Resulta difícil implicar a los diferentes hospitales para realizar un trabajo multicéntrico, en este trabajo hemos conseguido la colaboración de 9 hospitales de Catalunya, número muy bajo si se tiene en cuenta que existe un gran número de hospitales en nuestra comunidad y que se invitó a participar en el proyecto a todos.

G-027

RENTABILIDAD DE LOS EXÁMENES MICROBIOLÓGICOS (EM) EN LA AUTOPSIA CLÍNICA (AC) Y SU COMPARACIÓN CON LOS DEL POSTMORTEM INMEDIATO (PI) OBTENIDOS MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA (PAAF)

M. Aranda¹, C. Martí², M. Bernet³, F. Gudiol⁴ y R. Pujol⁵

¹Medicina Interna. Terrassa, Barcelona. ²Microbiología, ³Anatomía Patológica. Granollers, Barcelona. ⁴Enfermedades Infecciosas, ⁵Medicina Interna. Bellvitge. L'Hospitalet, Barcelona.

Objetivos. Valorar los resultados de los cultivos obtenidos en la AC, en el PI, comparación entre ambos y con los cultivos realizados en vida.

Material y métodos. Se incluyeron, de forma prospectiva, 94 pacientes fallecidos en el Hospital General de Granollers desde abril 1991 hasta abril 1994. Se incluyeron los pacientes > 14 años, en los que se indicó la realización de AC, no se movilizó el cadáver y las punciones del PI se realizaron en las primeras 3 horas tras el fallecimiento. Se obtenían muestras de hígado y bazo (bajo control ecográfico), hemocultivo por punción cardíaca y lóbulo inferior del pulmón derecho. También de muestras donde se sospechase infección. Las muestras se cultivaron de forma inmediata (cultivos para bacterias, micobacterias y hongos). Durante la AC se obtenían muestras de las mismas localizaciones para cultivo. Se registraron los tiempos desde el éxitus hasta la toma de las muestras. Posteriormente se analizó cada caso (datos clínicos, autópsicos y microbiológicos constituyeron el gold-standard) decidiéndose si existía o no infección. El análisis de los datos se realizó mediante la chi cuadrado y la *t* de Student. Se estimaron los índices de sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos (VP).

Resultados. Se evaluaron 92 pacientes (59 hombres y 33 mujeres) con una edad media de 67.7 años (63 pacientes tenían más de 65

años). 52 pacientes tomaban antibióticos en las 72 h previas al exitus. En 47 pacientes se consideró que existía una enfermedad infecciosa. En la mayoría de pacientes la AC se realizó más de 12 hs. después del exitus. Se aislaron 403 microorganismos, valorándose 223 como colonizantes (73,5% obtenidos durante la AC). A pesar de no existir diferencias significativas, cuando el intervalo de tiempo en la obtención de las muestras fue mayor, se aislaron un nº mayor de microorganismos valorados como colonizantes. En 67 pacientes se realizaron EM en vida. Se compararon los hemocultivos (realizados a 43 pacientes: 8 + y 35 -) con los obtenidos en el PI y en la AC. De los 35 negativos, 27 también lo fueron en el PI y sólo 11 en la AC. En la AC la S fue del 87,2% la E 44,4%. En el PPI la S fue del 80,9% y la E del 66,7%.

Discusión. El valor de los EM que se obtienen durante la AC es motivo de controversia. La forma de obtención de las muestras y el tiempo transcurrido entre el fallecimiento y la realización de la AC, podrían ser factores que explicarían la alta frecuencia de contaminación postmortem. En el presente estudio, la obtención de las muestras en el PI, mediante PAAF (técnica de demostrada eficacia en el diagnóstico de infecciones), ha permitido aumentar la especificidad de los cultivos postmortem (66,6% vs 44,4%). Así mismo, los resultados obtenidos en el PI se correlacionaron mejor con los resultados obtenidos en vida de los pacientes, disminuyendo la proporción de microorganismos colonizantes.

Conclusiones. La S de los EM obtenidos en la AC es del 87,2% y la E del 44%. La S de los EM obtenidos en el PPI es del 80,9% y la E del 66,7%. El 73,5% de los microorganismos colonizantes se aislaron en los cultivos de la AC. La correlación de los cultivos obtenidos en vida fue mejor con los obtenidos en el PI que con los obtenidos en la AC. La PAAF realizada en el PPI es una exploración complementaria útil para el diagnóstico de procesos infecciosos no diagnosticados en vida. Puede aportar información adicional a los cultivos realizados en la AC o, puede ser de utilidad cuando exista sospecha de infección y la autopsia no pueda realizarse.

G-036

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y CÁLCULO DEL COSTE ESTIMADO

J. Hinojosa Mena-Bernal¹, M. Hinojosa Mena-Bernal², E. González Sarmiento², S. Martín Santos³ y A. Almaraz²

¹Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ²Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ³Centro de Salud N.º S.ª de Fátima. Área de Salud 11. Madrid.

Objetivos. Evaluar la adecuación de los ingresos por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante el año 2002 tras aplicar la Regla de Clasificación Pronóstica de Fine (Pneumonia Severity Index) Modificada (Algoritmo 1) y el coste global estimado del manejo de las NAC y el derivado de los ingresos inadecuados.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y transversal que analiza todos los pacientes con diagnóstico de NAC atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, tanto los hospitalizados como los que se dieron de alta desde el Servicio de Urgencias, durante el año 2002. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes mayores de 18 años con el diagnóstico de NAC. Se excluyeron aquellos pacientes diagnosticados SIDA, así como aquellos diagnosticados de neumonía nosocomial y de tuberculosis pulmonar. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó el sistema de puntuación definido en la Regla de Clasificación Pronóstica de Fine (Pneumonia Severity Index) y la Regla de Clasificación Pronóstica de Fine Modificada (Algoritmo 1). Estudio estadístico: para el análisis de los datos la aplicación Microsoft Access y el paquete estadístico SPSS. Se aplicó el test t para la comparación de medias y el test ji-cuadrado para la comparación de proporciones. Se consideró 0,05 como nivel de significación.

Resultados. Veintitres casos de NAC ingresaron de manera inadecuada lo que supone un 6,07% del total de ingresos por NAC. Con respecto al Fine, 5 ingresos inadecuados eran Clase I; 10 eran Clase II y 8 Clase III. El coste total estimado de los pacientes ingresados

por NAC del año 2002 fue de 83.757 euros. El coste de las NAC ingresadas de manera inadecuada fue de 5.084 euros. El coste de cada urgencia atendida en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid en el año 2002 fue de 40,02 euros. Se atendieron un total de 76 pacientes con NAC en Urgencias que fueron dados de alta, siendo su coste de 3.041 euros. 86.798 euros son el coste global aproximado de las NAC atendidas en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid en el año 2002, y resulta de la suma del coste de los pacientes hospitalizados y de los atendidos en el Servicio de Urgencias que no ingresaron.

Discusión. La decisión de ingreso del paciente con NAC es sin duda la más importante que debe tomar el médico en la evaluación de la misma en el Servicio de Urgencias. La gran variabilidad en el porcentaje de ingresos de unos médicos a otros y de unos centros hospitalarios a otros con la repercusión que esto supone en el coste sanitario ha llevado a la realización de múltiples estudios para intentar definir qué neumonías deben ingresar o pueden ser manejadas de forma ambulatoria. El Pneumonia Severity Index de Fine ha aportado un valor fundamental al predecir el riesgo de muerte por NAC, sin embargo es conocido sus limitaciones en el uso del mismo como método de valoración de ingreso. La aplicación de la Regla de Clasificación Pronóstica de Fine Modificada es mucho más estricta en este sentido y sin duda, contribuye a la valoración de la adecuación de ingresos de manera más estricta. Esto puede conseguir una cifra de ingresos mucho más homogénea y reducir los costes en el manejo de la NAC.

Conclusiones. La aplicación de la Regla de Clasificación Pronóstica de Fine Modificada puede contribuir a un manejo más adecuado de la NAC en cuanto a la decisión o no de hospitalización con la consiguiente reducción de costes que esto implica.

G-040

EVALUACIÓN DE LA CONSULTORÍA ENTRE INTERNISTAS Y MÉDICOS DE FAMILIA A LOS 42 MESES DE SU IMPLANTACIÓN

F. Fernández¹, F. Gómez Soto¹, A. García Egido¹, M. Escobar¹, J. Aparicio¹, E. De la Hoz¹ y Grupo para la Atención Médica Integrada y Continua de Cádiz²
¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. ²Distritos Sanitarios. Cádiz-Bahía y Sierra de Cádiz, Cádiz.

Objetivos. Evaluar la eficacia de una Consultoría entre internistas (CMI) y médicos de familia (MF) para la resolución de los procesos médicos.

Material y métodos. Estudio prospectivo de casos y controles sobre una población de 129.370 habitantes realizado durante 42 meses. Se analizan 25.513 pacientes atendidos conjuntamente por el Médico de Familia (MF) e internistas consultores (IC) que, se desplazan semanalmente al centro de salud (CS) para atender los pacientes que hubieran sido derivados a consultas para atención especializada (AE). Como grupo control se seleccionaron aleatoriamente 17.307 pacientes simultáneos de las 58.476 primeras consultas solicitadas por AP durante el periodo de estudio.

Resultados. Observamos una significativa reducción de: Las derivaciones a AE (13,4%; IC 95%: 11,9-14,9%), la demora para la AE (22,2 días; 16,4-28 días), la media de pruebas por paciente solicitada por los MF (0,65; 0,41-0,89) o la CMI (1,17; 0,88-1,46), la demora de las pruebas solicitadas en la CMI (19,7 días; 4,6-34,8 días), la demora para la resolución de los procesos (28 días; 24,3-31,7 días), la tasa de derivación cruzada entre especialistas (22,6%; 19,3-25,9%) y, de revisiones por AE (29,4%; 24,5-34,3%) (p < 0,005 en todos los casos). La tasa de resolución de los procesos (18%; 14%-22%) y, de altas (46%; 39%-53%), fueron superiores para la CMI (p < 0,01 en ambos casos). La tasa de derivaciones a AE y la calidad del manejo clínico se relacionan inversamente (r = - 0,83; p < 0,01) y, dependen de la formación, edad y, años de ejercicio profesional de los MF. La satisfacción de los pacientes y MF con la CMI es muy alta.

Conclusiones. Este tipo de consultoría entre internistas y médicos de familia mejora la eficacia asistencial de la atención médica especializada.

G-044**ESPECTRO DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON FÁRMACOS EN LOS 2.000 EN EL ÁREA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 1.000 ENSAYOS CLÍNICOS**

E. Fernández de Uzquiano¹, P. Lavilla Uriol¹, R. Álvarez Sala², J. Frías Iniesta³, F. Gayá⁴, R. Madero⁵ y A. Gil Aguado⁶

¹Comité Ético de Investigación Clínica. ²Neumología y Comité Ético de Investigación Clínica. ³Farmacología Clínica y Comité Ético de Investigación Clínica. ⁴Unidad de Investigación. ⁵Bioestadística y Comité Ético de Investigación Clínica. ⁶Medicina Interna y Comité Ético de Investigación Clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. El objetivo del estudio es realizar un análisis descriptivo de los últimos 1.000 ensayos clínicos (EC) evaluados por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del hospital, para conocer las características de la investigación y el protagonismo del área médica, en especial de Medicina Interna, en el desarrollo de la Investigación Clínica (IC) con fármacos.

Material y métodos. Desde 1.984 hasta mayo del 2005 se presentaron al CEIC 2.000 EC. Se analizan los últimos 1.000 EC evaluados, entre mayo de 1999 y mayo de 2005, fiel exponente de la IC en los 2.000. Todos los EC están registrados en la base de datos del CEIC, donde se recogen las características necesarias para su control, según la normativa vigente. La clasificación de los EC se hace por áreas asistenciales, ámbito, fase de desarrollo, objetivos, población de estudio, promotor y servicio del investigador principal.

Resultados. Novecientos ochenta y dos EC se desarrollan en un único área y 18 en dos simultáneamente. Seiscientos veintiuno se realizan en el Área Médica, 99 en Farmacología, 90 en el Área Quirúrgica, 87 en Pediatría, 39 en Atención Primaria, 28 en Anestesia y Reanimación, 25 en Ginecología y Obstetricia, 13 en Servicios Centrales y 13 en centros externos no dependientes del Imsalud. Hay 151 EC unicéntricos y 849 multicéntricos, de los que 490 son internacionales. Por fase de desarrollo: 103 son fase I, 128 fase II, 468 fase III y 215 fase IV. Se evaluaron 66 estudios observacionales y 20 epidemiológicos. En el 92% el promotor es la Industria Farmacéutica. Los objetivos principales son de evaluación de eficacia y seguridad en 597, farmacológicos (farmacocinética, biodisponibilidad, etc) y seguridad en 106, de eficacia, seguridad y farmacológicos en 63 y de investigación de resultados en salud en 234. La población de estudio era adulta en 913 EC y pediátrica en 87.

Discusión. Los EC constituyen la herramienta básica para establecer la eficacia y seguridad de los medicamentos y el fundamento de la Medicina Basada en la Evidencia. El impulso de la IC en los últimos años ha hecho que en el período de estudio (6 años) se haya superado el número de EC recibidos en los 15 años previos, lo que sitúa a nuestro hospital en un puesto de vanguardia en la IC de nuestro país. El área médica tiene el mayor protagonismo. Los EC multicéntricos internacionales, en fase III, promovidos casi en exclusividad por la Industria Farmacéutica y diseñados para evaluar la eficacia y la seguridad de los fármacos constituyen el prototipo de EC en España. Sin embargo, se observa una tendencia a mayor participación del centro en fases precoces de desarrollo y un tímido e insuficiente aumento de la investigación independiente. La protección especial a grupos vulnerables ha dificultado la realización de IC en pediatría, pero recientemente se asiste a un aumento significativo de los EC en la infancia, fundamental para conocer la eficacia, tolerancia y seguridad de los fármacos en esta población.

Conclusiones. 1) El área médica es el soporte fundamental de la IC con medicamentos en el Hospital. Sería deseable una mayor participación de Atención Primaria, Ginecología y algunas áreas quirúrgicas. 2) Debe impulsarse la incorporación de los hospitales a fases precoces de la IC. 3) Debe potenciarse la realización de EC en poblaciones especiales (pediatría, geriatría), donde la IC con fármacos, hasta los últimos años, ha sido anecdótica. 4) Es imprescindible un firme compromiso de las autoridades sanitarias por la investigación independiente.

G-046**CONSULTA DE ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA. ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS DE ACTO ÚNICO O DE ALTA RESOLUCIÓN**

P. Rodríguez Ortega¹, J. García Moreno¹, T. Martínez¹, B. Barón Franco¹, E. Pujol de la Llave¹, J. Otero² y M. Aguayo Canela³

¹Medicina Interna. ²Subdirección Médica. ³Dirección Médica. Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Objetivos. En el ámbito de Consultas Externas, desde hace unas décadas, se están produciendo profundos cambios en la gestión de citas. La Actividad Asistencial Ambulatoria debe tener como principal objetivo la resolución y orientación diagnóstica de los pacientes en la mayor brevedad posible, con el fin de resolver los problemas de salud de la población. Se trabaja por nuevos modelos que ofrecen una alternativa eficiente que obvie la necesidad de ingreso hospitalario, en muchos de los casos; y en otros, que resuelva el proceso diagnóstico en una primera consulta rápida y accesible, con un mínimo de visitas sucesivas. Concepto este de Consulta de acto único.

Material y métodos. Desde el año 2000 realizamos una actividad asistencial en dos consultas externas, situadas en Centro Periférico de Especialidades. Trabajamos conjuntamente con Atención Primaria con la única finalidad de realizar un estudio ambulatorio de alta resolución en este ámbito. En nuestra cartera de servicios están incluidas todas aquellas patologías del área médica subsidiarias de estudio, en el estudio de las cuales, seleccionamos, priorizamos, filtramos, resolvemos y complementamos todos los problemas médicos y administrativos en la mayor brevedad posible. Definimos, como acto único a aquella consulta ambulatoria resolutoria en una primera visita, y en algunos casos con una única visita sucesiva tras estudios complementarios o técnicas, con una resolución máxima en el plazo de un mes. Concluida la labor diagnóstica e iniciado el tratamiento, podemos seguir dos opciones de alta, a Atención primaria (en la que realizamos una labor complementaria pero no hay ninguna necesidad de estudio especializado) y otra, derivamos a consulta especializada hospitalaria.

Resultados. En el primer semestre del año 2005 hemos atendido a 1.228 pacientes nuevos, 2.114 revisiones en total. Los pacientes en los que hemos realizado acto único o alta resolución son 529 (43%), de los cuales el 25% son altas directas. Analizamos de forma descriptiva las características de los pacientes, la edad, el motivo de consulta, la prevalencia de patologías médicas, los diagnósticos al alta. Edad media de los pacientes 49 años. Mujeres el 52%, hombres 48%. Motivos de consulta más frecuentes: alteraciones analíticas 22%, cefalea 13%, dolor abdominal 9%, síncope 7%, adenopatías 6%, factores de riesgo cardiovasculares 6%, disnea 4%, lumbalgia 4%, dolor torácico 4%, y otros motivos 25%. El 78% de los pacientes se «devolvieron» a atención primaria con el proceso diagnóstico cerrado, la indicación de tratamiento y el correspondiente informe clínico. El resto (22%) se derivaron a Consultas especializadas específicas hospitalarias, Oncología-Radioterapia, Cirugía, Hematología, Urología, Neurología, y otras. El 37% de los pacientes se resolvieron sin ninguna técnica diagnóstica, mientras que en 63% sí se hizo una técnica diagnóstica. Las exploraciones fueron ECO abdominal-renal 28,5%, TAC-RMN craneo 25,3%, endoscopia-colonoscopia 15,8%, ECOcardio 6,3%, ergometría 3,1%, PAAF ganglionar 4,7%, otras 16%. Los diagnósticos al alta: cefalea vascular 10%, cefalea tensional 4%, síncope vasovagal 6%, FRCV 11%, hepatopatía crónica 6%, síndrome nefrótico 2%, angor estable 3%, hernia hiato -RGE-gastritis 5%, EPOC 4%, adenopatías inespecíficas 3%, hernia discal 3%, fibromialgia 2%, nódulo tiroideo 2%, otros diagnósticos 10%. Las neoplasias en los diagnósticos al alta son 6% (Ca. colon, Ca. pulmón, linfomas y otros). En el 23% no se detectó patología.

Conclusiones. 1) Las unidades de alta resolución son eficaces en el estudio ambulatorio de la patología grave. 2) La patología banal no entra en el circuito de especializada manteniéndose en el primer nivel asistencial (Atención primaria).

G-049**ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES VISTOS EN CONSULTA ÚNICA**

J. Menéndez Caro, C. Quintana López, D. Pérez Martínez, J. Ferreiro Celeiro, C. Calvo Rodríguez y M. de Zárraga Fernández

Medicina Interna. San Agustín. Avilés, Asturias.

Objetivos. Conocer las características asistenciales de los pacientes que son vistos en consulta en una sola ocasión.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo que incluye a todos los pacientes atendidos en consultas externas por un internista entre los años 1992 y 2004. De la serie completa se analizan aquellos que acudieron a una única consulta.

Resultados. En estos 13 años el internista analizado ha atendido en consultas externas a 2.048 pacientes (10.707 consultas), edad media 56,5 años, mujeres 53,6%, origen en ingreso previo 42,4%, cada uno de los 1.943 pacientes dados de alta generó un media de 4,88 consultas. Del total, 413 pacientes (20,1%) fueron vistos en consulta una sola vez, de ellos 293 (71%) fueron citados tras ingreso previo y 120 (29%) por otras vías (se analizan ambos por separado). Las características más relevantes de los pacientes citados a través de ingreso previo son: 1) edad media 65,3 años. 2) Sexo: mujeres 50,5%, 3) Patología atendida: infecciosa (37,2%), digestiva 12,6%, cardiológica 9,8%, neumológica 9,2% reumatológica 5,8%, resto < 5%. 4) Diagnósticos más frecuentes: neumonía 11,9%, fiebre sin foco 7,5%, insuficiencia cardíaca 7,5% y EPOC 6,1%. Tras la única consulta la evolución de los pacientes fue la siguiente: alta 76,1%, traslado a otra unidad 11,9%, incomparecencia cita siguiente 8,9% y éxitus 3,1%. El origen de los 120 pacientes citados por vías diferentes a ingreso previo fue: servicio de urgencias 38,4%, vías irregulares 25%, médico de familia 21,6% e interconsulta de otras unidades 15%. Sus características más relevantes son: 1) edad media 48,8 años. 2) Sexo: mujeres 46,6%, 3) Patología atendida: infecciosa (28,3%), mal definida 16,6%, reumatológica 15,8%, oncológica 6,6% y resto < 5%. 4) Diagnósticos más frecuentes: sin patología 20,1% y «pendiente de completar estudio» 8,3%. Tras la única consulta la evolución de los pacientes fue la siguiente: alta 67,5%, traslado a otra unidad 17,5%, incomparecencia cita siguiente 14,2% y éxitus 0,8%.

Conclusiones. Una quinta parte de los pacientes atendidos en consulta son vistos en una sola ocasión. Esto es más frecuente con los pacientes que son citados tras un ingreso previo, en general para llevar a cabo un control puntual de la enfermedad que motivo dicho ingreso, predominando en este sentido la patología infecciosa. En los pacientes atendidos por vía diferente al ingreso pertenecen básicamente a dos grupos. El primer grupo corresponde a pacientes que sin lugar a dudas no presentan patología o bien el cuadro que motivo la consulta se resolvió antes de la misma y el segundo a aquellos que de forma voluntaria no comparecen a la segunda consulta. Es llamativo que una cuarta parte los pacientes accedan a consulta por vías irregulares (citas de compromiso, familiares, conocidos, etc) que con frecuencia se resuelven con una sola consulta.

G-063**UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN EL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS (BARCELONA). UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER**

S. Capell Font, A. Almuedo Riera, T. Piella Oliveda y S. Montull Morer

Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

Objetivos. Analizar la utilidad de una unidad de diagnóstico rápido (UDR) hospitalaria en el diagnóstico de pacientes con cáncer.

Material y métodos. Se analizan de forma prospectiva, 732 pacientes diagnosticados de cáncer en la UDR durante el período 1997-2004. Para cada paciente se valoraron: datos demográficos, motivo de consulta, procedencia, intervalo para la primera visita, intervalo diagnóstico, intervalo terapéutico, diagnóstico etiológico y estadio tumoral, según clasificación TNM.

Resultados. Del total de 5.186 pacientes valorados en la UDR en este periodo, 732 (14%) se diagnosticaron de cáncer. El cáncer de pulmón, colo-rectal y los linfomas fueron las más frecuentes (57%).

Los principales motivos de consulta fueron los cuadros constitucionales, el crecimiento de adenopatías, las tumoraciones palpables, el dolor abdominal, la rectorragia, la hemoptisis, la anemia ferropénica y la alteración de la radiología de tórax. Un 83% de pacientes no presentaban síntomas o signos claros del origen de la neoplasia en la consulta inicial. Los pacientes procedían, en su mayor parte, de asistencia primaria (46%) y de urgencias (44%). En el 79% de los pacientes se obtuvo un diagnóstico anatomopatológico. El intervalo medio para la primera visita fue de 4 días, el intervalo diagnóstico de 6,9 días y el intervalo terapéutico de 4,8 días. En 90% de pacientes se realizó el estudio sin necesidad de ingreso. La mayoría de pacientes (84%) se diagnosticaron en estadios avanzados (pT3-T4, con diseminación locoregional o a distancia) y sólo un 16% se hallaban en estadios «in situ», pT1-T2 pNo Mo.

Discusión. Un retraso en el diagnóstico de cáncer puede comportar cambios en el pronóstico y tratamiento, mientras que la sospecha de neoplasia es vivida con gran ansiedad por pacientes y familiares. Ello obliga a una valoración sin demora de estos enfermos para intentar obtener un diagnóstico de certeza en el menor tiempo posible. Las UDR permiten el estudio de estos pacientes con la misma eficacia y mayor eficiencia que con el paciente ingresado, manteniendo el mismo entorno socio-familiar y con menor consumo de recursos hospitalarios. Los principales motivos de consulta de estos pacientes se agruparon en cuadros constitucionales, tumoraciones palpables, adenomegalias, anemia, dolor abdominal, rectorragia, hemoptisis y alteraciones en la radiología de tórax, representando más del 80% de los motivos de consulta, lo cual permite identificar un perfil de paciente tributario de ser valorado en estas unidades. La visión global e integradora del médico internista es necesaria en la valoración de los pacientes en estas unidades, dado que, la mayoría no presentan manifestaciones claras del origen de la neoplasia en la consulta inicial. Llama la atención el avanzado estadio tumoral de la mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico, lo que sugiere que el estudio en estas unidades suele ser más rápido, pero no precoz, lo que no condiciona, necesariamente, un mejor pronóstico.

Conclusiones. 1) Las unidades de diagnóstico rápido (UDR), permiten agilizar el diagnóstico de pacientes con cáncer, contribuyendo a una utilización adecuada de la hospitalización. 2) Estas unidades permiten la obtención de un diagnóstico rápido pero no precoz, lo que no condiciona un mejor pronóstico en estos pacientes. 3) Las UDR deben ser manejadas por médicos internistas, dado que, en un alto porcentaje de casos, las manifestaciones iniciales no indican el origen de la neoplasia en la consulta inicial.

INSUFICIENCIA CARDÍACA**IC-018****CALIDAD DE VIDA COMO FACTOR PRONÓSTICO DEL REINGRESO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA**

E. Contreras de Miguel y M. Montero Pérez-Barquero

Medicina Interna. Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. La Insuficiencia cardíaca (IC), es una enfermedad prevalente que aumenta con la edad, cuyo pronóstico es peor que muchos cánceres, con reingresos hospitalarios frecuentes que deterioran la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento con Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y Betabloqueantes han demostrado mejorar el pronóstico de esta enfermedad. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia y pronóstico maligno, pocos estudios han informado sobre el papel pronóstico de la calidad de vida de estos pacientes y especialmente ancianos. **Objetivos:** analizar la calidad de vida de los pacientes con IC e identificar los factores pronósticos del reingreso en la Insuficiencia cardíaca.

Material y métodos. De los pacientes ingresados por una descompensación de IC, entre enero de 2004 y junio de 2005, un total de 84, fueron seguidos tras el alta. La recogida de datos fue mediante hoja de protocolo, entrevista e historia clínica. Al mes del alta hospitalaria se administró el test de calidad de vida SF-36, el cual evalúa áreas de salud física y mental. El seguimiento de los pacientes se

obtuvo mediante entrevista con ellos o sus familiares. Se aplicó un diseño de cohorte prospectivo y un análisis de regresión de Cox mediante el programa SPSS 10.0E.

Resultados. Edad 74,7 ± 8,7 años, 63,1% mujeres. El 100% con clase funcional 2 ó 3 de la NYHA, 46,4% diabéticos, 42,9% con fibrilación auricular. La media de FEVI 54,6%. Tratamientos al alta: 81% furosemda, 48% espironolactona, 59% IECA, 30% ARA II, 37% Betabloqueantes y 32% Digital. La mediana de seguimiento fue de 101 días y reingresaron un 25% de los pacientes. En la tabla 1, se expresan los las puntuaciones del test de calidad de vida en sus diferentes escalas. En la tabla 2, se expone el análisis multivariante.

Discusión. En el modelo de regresión resultaron independientes las siguientes variables: puntuación en la escala SF-36 en el apartado de función física. Ser hombre presenta mayor riesgo para el reingreso y el padecer EPOC presenta un efecto protector del reingreso.

Conclusiones. La puntuación obtenida en el SF-36, predice mejor el reingreso que la disfunción sistólica o grado funcional de la NYHA, la escala de función física es la que mejor lo predice. Ser hombre se asocia con un incremento de rehospitalización, en cambio, padecer EPOC presenta un efecto protector del reingreso.

Tabla1. Medias de puntuación de las diferentes escalas del SF-36 (FuF: función física; LiF: limitación física; SaG: salud General; VI: vitalidad; FuS: función social; RoE: rol emocional; SaM: salud mental).

| FuF | LiF | Dolor | SaG | VI | FuS | RoE | SaM |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 39,2±25,6 | 31,7±25,6 | 45,6±23,3 | 46,4±21,1 | 59,9±14,4 | 55,4±48,9 | 53,1±17,1 | 47,9±16,5 |

Tabla 2. Variables pronóstico (VI: ventrículo izquierdo; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza).

| Variables | Nivel de significación | RR (IC al 95%) |
|------------------|------------------------|---------------------|
| SF36-FuF | 0,035 | 0,972 (0,946-0,998) |
| Sexo (hombre) | 0,019 | 3,502 (1,229-9,976) |
| EPOC | 0,016 | 0,241 (0,076-0,770) |
| Disfunción de VI | 0,588 | 0,689 (0,179-2,657) |
| Grado NYHA | 0,736 | 0,844 (0,313-2,270) |

IC-019
NIVELES DE CA 125 EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

R. Vidal¹, A. Barceló², M. Villalonga¹, M. Antich¹, M. Fullana¹, J. Rascón¹, L. Martín¹ y J. Forteza Rey¹

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares.

Objetivos. Analizar los niveles de CA 125 en suero de los pacientes con IC descompensada y su significado diagnóstico y pronóstico.

Material y métodos. Sujetos: pacientes ingresados por Insuficiencia cardíaca (IC) descompensada con criterios clínicos de IC y ECO cardiaco con fracción de eyección deprimida o fracción de eyección preservada con valores elevados de NT-ProBNP. Método: inmunoenálisis quimioluminimétrico según kit comercializado.

Resultados. La edad media de los pacientes era de 82,5 años (± 7,82), 58 mujeres y 37 varones. Se determino el CA 125 en 95 pacientes siendo la media de 85,71 y la mediana de 35,20. Un 50% de los casos tuvieron valores por encima del punto de corte que se considera para diagnóstico para cancer de ovario en la mujer. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de CA 125 entre varones y mujeres, en la NYHA ni el pronóstico (reingreso o mortalidad a los 3 meses).

Discusión. El CA 125 es una glicoproteína de alto peso molecular que se expresa en tejidos fetales y adultos: endometrio, endocervix, pericardio, pleura, peritoneo y trompas de Falopio. Se utiliza como marcador tumoral de cáncer de ovario. Publicaciones recientes han observado su elevación en la IC, probablemente relacionado con la afectación de serosas y planteado su valor en el diagnóstico y pronóstico en la IC.

Conclusiones. El hallazgo de valores elevados en pacientes con IC descompensada en más de un 50% de los casos, en nuestro estudio no aporta valor diagnóstico ni pronóstico ni en el grupo con fracción de eyección deprimida ni en el de preservada. En un mujer anciana con clínica compatible con IC un valor elevado de CA 125 no debe inducir al diagnóstico de un tumor de ovario.

IC-024
SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA POR LA CONSULTORÍA DE MEDICINA INTERNA CON MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Romero Salado, J. Bernal Bermúdez, B. Sáinz Vera, D. García Gil, J. López Sáez, M. Escobar Llompert, P. Ruiz Alcantarilla y F. Gómez Rodríguez

Medicina Interna. Universitario de Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Objetivos. Evaluar la eficacia de la Consultoría de Medicina Interna (CMI) con atención Primaria (AP) en el manejo de la Insuficiencia cardíaca (IC), y analizar sus características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas.

Material y métodos. Estudio prospectivo de Casos-control en una población de 87.016 habitantes a lo largo de un período de 2 años (Nov-01-Nov-03). Pacientes que habían sido derivados para Consulta Especializada, son valorados conjuntamente por el Médico de AP y el internista consultor semanalmente en el Centro de AP. Han sido valorados 498 pacientes con IC. 1.097 pacientes con IC escogidos de forma randomizada y simultánea entre los primeros 5.163 derivados a cardiología desde el Centro de AP no fueron valorados por la CMI sirviendo de control.

Resultados. Hemos observado una reducción estadísticamente significativa en el: Tiempo medio de Consulta Especializada (17,4 días) con un IC 95% (12,2 a 26,2 días), Tiempo medio de información al paciente en las pruebas realizadas desde la Consulta Especializada (11,4 días) (6,2-16,6 días), Tiempo medio de resolución del proceso (28,3 días) (21,5-35,1 días), Porcentaje de derivación a Consulta Especializada (29,2%) (21,1-37,3%), Visitas de seguimiento en Consulta Especializada (43,2%) (36,3-50,9%) p < 0,05 en todos los casos. El porcentaje de resolución de los pacientes con IC (12%) (7-19%) p < 0,01 y el Porcentaje de altas (39,4%) (32,2-46,6%) p < 0,001 son mejores para la CMI. La Incidencia del fallo cardiaco es 2,75/1000 habitantes, con una Mortalidad anual del 0,8% y un Porcentaje de Ingreso anual 0,47, sin diferencias significativas entre la CMI y Cardiología. La Comorbilidad de los pacientes con IC (Accidentes cerebrovasculares, DM tipo 2, EPOC, Fallo renal crónico y Fallo hepático crónico) es más alta en CMI que en Cardiología (p < 0,05 en todos los casos).

Discusión. Nos preguntamos si la CMI en conjunto con los Médicos de AP, es una buena y novedosa herramienta clínica, para el control y seguimiento de pacientes con IC, sobre todo en aquellos con otra patología asociada que dificulte su control y aumente su demanda tanto en AP como en Atención hospitalaria. Consiguiendo resultados satisfactorios a nivel de eficacia, como sobre todo, a nivel de eficiencia y satisfacción del usuario.

Conclusiones. La Consultoría de Medicina Interna con Atención Primaria mejora el seguimiento eficaz de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.

IC-026
NT-PROBNP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA (ESTUDIO GRUPO IC-SEMI)

L. Manzano¹, M. Villalonga², E. Sánchez³, M. Martínez Celada⁴, J. Montes⁵, J. Grau⁶, R. Jordana⁷ y J. Casademont⁸

Medicina Interna. ¹Ramón y Cajal. Madrid. ²Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares. ³Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa. ⁴General de Asturias. Oviedo, Asturias. ⁵Meixoeiro. Vigo. ⁶Municipal de Badalona. Badalona, Barcelona. ⁷Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. ⁸Corporacio Sanitaria Clínic. Barcelona.

Objetivos. Utilidad del «NT-proBNP» en pacientes ancianos con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) descompensada y su valor

diagnóstico y pronóstico en IC con función sistólica preservada (FSP).

Material y métodos. Pacientes consecutivos que voluntariamente decidieron participar en el estudio, durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2003 y el 31 de marzo del 2003 ingresados en los Servicios de Medicina Interna de 14 hospitales españoles (estudio NT-ProBNP-SEMI) e ingresados con el diagnóstico de descompensación aguda de IC, con ECO cardíaco previo con función sistólica preservada o por debut de IC. Se excluyeron los que tenían imposibilidad de seguimiento o de muestra después de las 72 horas del ingreso. Grupo control: 81 pacientes ingresos consecutivos en los servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital Son Dureta. La determinación de NT-proBNP fue realizada en el laboratorio de referencia (Hospital Son Dureta) por un inmunoensayo quimioluminiscente «ECLIA» en el analizador automático Elecsys (Roche Diagnostics).

Resultados. Se incluyeron 305 pacientes en el período de estudio. Finalizaron el estudio con el diagnóstico de IC, 270 pacientes que se distribuyeron en 4 grupos: 121 pacientes se clasificaron como IC con FSP probable, 51 como IC con FSP posible, 53 como IC con función sistólica deprimida y 45 como IC valvular. La edad media de los casos fue de 79,58 ± 8,41 y un 54,4% eran mujeres. La mediana y media de los valores de NT-ProBNP fue de 6091 y 2972 pg/l respectivamente. El área bajo la curva ROC para discriminar la presencia de IC fue de 0,89 (0,83-0,94). No se observaron diferencias significativas entre la IC diastólica probable y posible ni entre la IC con FE preservada y la fracción eyección deprimida. La comorbilidad (EPOC, HTA, DM), la edad y la NYHA, tampoco determinaron diferencias significativas en el valor del BNP, pero si se observaron diferencias en los pacientes obesos (menores niveles de NT-ProBNP) y la elevación de la creatinina (mayores niveles de NT-ProBNP). Los pacientes con niveles superiores a 3.000 pg/l tuvieron un riesgo relativo de mortalidad a los 3 meses de 4,54 (1,99-10,33).

Discusión. Las características generales de nuestra población a estudio, no difieren de las descritas en el registro de la SEMI lo que permite extrapolar nuestros resultados a la población «real» que ingresa en los servicios de Medicina Interna y que hasta el momento no había sido motivo de estudio.

Conclusiones. Disponer de niveles de NT-ProBNP en la fase de descompensación aguda con fracción de eyección preservada ayuda a aumentar la precisión diagnóstica. El NT-ProBNP es un buen marcador pronóstico de mortalidad a corto plazo. La presencia de comorbilidad (EPOC, diabetes e HTA) no modifica la utilidad del NT-ProBNP en el diagnóstico de la IC. Los valores de NT-ProBNP en pacientes obesos y en pacientes con insuficiencia renal deben interpretarse con cautela por la posibilidad de falsos negativos en el primer caso y falsos positivos en el segundo.

**IC-030
EVOLUCIÓN DE LAS CIFRAS DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

P. Casado Escribano¹, E. Gargallo García¹, P. Conthe Gutiérrez¹, C. Gilsanz Fernández¹ y F. Villar Álvarez²

¹Medicina Interna-I, ²Neumología. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Estudiar la evolución de las cifras de hemoglobina a través de la progresión temporal de la insuficiencia cardíaca (IC).

Material y métodos. Estudio transversal empleando 567 informes de alta con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC). Se dividieron por sexos y acorde con el patrón temporal de la IC en primer episodio (P), reingreso (R) o éxitus (E). En cada grupo se compararon la prevalencia de anemia y las cifras medias de hemoglobina en g/dl.

Resultados. Al respecto de la prevalencia de la anemia se apreció un incremento progresivo en ambos sexos con el transcurrir de la IC. Para varones 34,7% en P, 49,5% en R y 48,2% en E. Para mujeres 28,8% en P, 39,4% en R y 58,7% en E. Para las cifras medias de hemoglobina se apreció un patrón descendente inversamente proporcional al anterior; varones 12,92 g/dl en P, 12,06 g/dl en R y 11,96 g/dl en E, mujeres 12,45 g/dl en P, 12,08 g/dl en R y 11,05 g/dl en E. La comparación estadística de las medias de hemoglobina entre los distintos grupos (mediante *t* de Student) dio los siguientes resultados; varones, P-R significativo (p < 0,005), P-E sig-

nificativo (p < 0,025) y R-E no significativo (probablemente debido al bajo número de sujetos varones con éxitus), mujeres, P-R significativo (p < 0,025), P-E significativo (p < 0,0005) y R-E significativo (p < 0,0005).

Conclusiones. Con la muestra estudiada se apreció que según progresaba temporalmente la IC se incrementaba la prevalencia de anemia entre los pacientes estudiados y de forma inversa se va reduciendo la cifra media de hemoglobina, constatando que la anemia en la IC no sólo es un factor corporativo y pronóstico importante sino evolutivo y progresivo. El hecho de no hallar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos R y E de varones se debe fundamentalmente a el bajo número muestra de varones con E en IC y a la elevada comorbilidad (EPOC) encontrada en dicho grupo.

Tabla 1.

| | P | | R | | E | | | |
|---------------|--------|----------------------|---------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------|--|
| | Casos | Anemia % media Hb | Casos | Anemia % media Hb | Casos | Anemia % media Hb | | |
| Varón | 72 | 34,7% | 103 | 49,5% | 29 | 48,2% | | |
| Mujer | 125 | 28,8% | 175 | 39,4% | 63 | 58,7% | | |
| | | 12,45 | | 12,08 | | 11,05 | | |
| Comparaciones | | | | | | | | |
| | Grupos | | Significación | | Grupos | | Significación | |
| Hombres | P-R | Sí (p < 0,005) | | P-R | Sí (p < 0,025) | | | |
| | P-E | Sí (p < 0,025) | | Mujeres | P-E | Sí (p < 0,0005) | | |
| | R-E | No (p = 0,60) | | R-E | Sí (p < 0,0005) | | | |

IC-038

BLOQUEO NEUROHORMONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. ESTUDIO ATICA

E. Visús¹, J. Casado², P. Conthe³, J. P. Recio⁴, M. Sánchez Ledesma⁵, M. Chimeno⁶, B. Roca⁷ y Grupo ATICA

¹Urgencias, ²Medicina Interna. Gregorio Marañón. Madrid.

²Medicina Interna. Hospital de la Princesa. Madrid. ⁴Medicina Interna. Hospital Universitario Valle Hebrón. Barcelona.

⁵Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

⁶Salamanca. ⁶Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha.

⁷Zamora. ⁷Medicina Interna. Hospital de Castellón. Castellón.

Objetivos. El objetivo de esta comunicación es describir el tipo de pacientes que ingresa en Medicina Interna por insuficiencia cardíaca congestiva. El objetivo final del estudio ATICA es: 1) determinar la adherencia terapéutica de los pacientes con insuficiencia cardíaca a distintos tipos de tratamiento (IECAs, ARA II, Beta bloqueantes y antialdosterónicos), 2) determinar qué factores condicionan el cumplimiento terapéutico de estos pacientes y 3) valorar si los reingresos y éxitus de los pacientes con insuficiencia cardíaca se relacionan con un mal cumplimiento terapéutico.

Material y métodos. Se trata de un seguimiento prospectivo que se inicia tras el ingreso del paciente en la planta de Medicina Interna por insuficiencia cardíaca. Han participado 27 hospitales de la red pública distribuidos por toda la geografía española. Los criterios de inclusión era ser mayor de 40 años y estar ingresado por insuficiencia cardíaca en un servicio de Medicina Interna de los hospitales participantes durante un período de inclusión determinado. Se realizarán visitas de seguimiento a los 3, 6, 9 y 12 meses así como cada vez que el paciente reingrese en el Hospital. En el protocolo de recogida de datos se incluyeron datos demográficos, fecha de ingreso y alta, antecedentes personales, disfunción sistólica/diastólica conocida, clase funcional NYHA, datos socio-culturales, determinaciones analíticas, ECG y fármacos indicados al alta del paciente (IECAs, ARA II, Beta bloqueantes y antialdosterónicos). Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS 11.5.

Resultados. Se recogió un total de 554 pacientes. 42% hombres y 58% mujeres. La media de edad de los hombres fue 76 ± 8,6 y la de las mujeres 78 ± 9,4. La estancia media de ambos fue 11 días.

Hubo un 7% de muertes durante el primer ingreso sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. La mayoría de los pacientes estaba, básicamente en clase II de la NYHA. 71% de los pacientes tenía ecocardiograma. La mayoría de ellos tenía una FEVI conservada. Hasta el 76% de mujeres tenía una FEVI > 45%. De los fármacos recogidos en el estudio al alta hospitalaria de los pacientes, los más utilizados fueron los IECAs, y en mucha menor proporción beta bloqueantes, ARA II o espirolactona sin apreciarse diferencias significativas entre hombres/mujeres. 68% de los pacientes no tenía deterioro cognitivo, 23% lo tenía leve, 6,9% moderado y 1,9% grave. La mayor parte vive acompañado (83%), el 12% vive solo y el 4,9% vive en residencia.

Discusión. La mayor parte de los pacientes registrados son mujeres de edad avanzada, lo cual contrasta con la gran mayoría de los estudios realizados hasta el momento. Los datos previos son de trabajos realizados con pacientes con FEVI deprimida, sin embargo, en el ATICA se refleja que la mayoría de los pacientes presentan FEVI conservada, como ya se ha objetivado en otros estudios con poblaciones parecidas. Respecto al esquema terapéutico (IECAS, ARA II, beta bloqueantes y antialdosterónicos) conviene destacar que todavía existen dificultades para encontrar una implantación terapéutica óptima en las diferentes series publicadas. Una de las explicaciones a este problema sería el miedo a intolerancia o a aparición de efectos secundarios que provocan estos fármacos. Hay que destacar la gran proporción de enfermos en los que se ha detectado una situación socio-mental comprometida, ya que hasta una tercera parte de los pacientes presenta cierto grado de deterioro cognitivo, cerca de una cuarta parte viven solos o en una residencia y la mayoría no tiene estudios o estos son primarios. La influencia que estas variables puedan tener en la adherencia terapéutica de estos pacientes es uno de los objetivos del estudio ATICA.

Conclusiones. Es importante destacar que nos enfrentamos a pacientes con ICC que distan mucho de los incluidos en los ensayos clínicos habituales y dada su edad, antecedentes personales, situación mental, social, etc. es probable que su cumplimiento terapéutico sea claramente inferior al estimado por sus médicos.

INFLAMACIÓN

IF-005

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Garmendia Zallo, S. Eguiluz Castañón, A. Epalza Bueno, A. Martínez Barriotxo, M. Egurbide Arberas, G. Ruiz Irastorza y C. Aguirre Errasti

Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Objetivos. Conocer la prevalencia de hipertensión arterial pulmonar (HAP) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y su asociación con características clínicas e inmunológicas.

Material y métodos. Se han incluido 138 pacientes con LES (criterios del ACR) pertenecientes a la cohorte prospectiva del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces. Se ha definido la HAP como la presencia de una presión en arteria pulmonar (PAP) igual o superior a 30 mmHg, calculada mediante ecocardiografía-Doppler transtorácica. Hemos dividido la HAP en asociada a LES (ausencia de enfermedad cardiopulmonar asociada, como alteración valvular, miocardiopatía, disfunción diastólica, pleuropericarditis, neumopatía intersticial, tromboembolismo pulmonar, pulmón encogido u otras causas de HAP) y HAP secundaria (asociada a enfermedad cardiopulmonar). La presencia de anticuerpos antifosfolípido (APL) se ha definido como anticoagulante lúpico y/o anticuerpos anticardiolipina a título superior a 20 GPL/MPL positivos en al menos dos ocasiones. Las variables cuantitativas presentan distribución no normal y son descritas mediante mediana y rango. Los análisis univariantes empleados son el test exacto de Fischer para las variables cualitativas y el test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Se han realizado dos análisis multivariantes (regresión logística con eliminación secuencial de variables no significativas), tomando como

variables dependientes «HAP asociada a LES» y «HAP secundaria», y como variables independientes «edad», «sexo», «fenómeno de Raynaud», «tabaquismo», «hipertensión arterial sistémica (HTA)», «APL», «anticuerpos anti-RNP», «tratamiento con glucocorticoides», «tratamiento con antipalúdicos» y «tratamiento con inmunosupresores».

Resultados. El grupo estaba formado por 122 mujeres y 16 hombres. Setenta y nueve pacientes (57,2%) presentaban PAP igual o superior a 30 mmHg. La prevalencia de HAP asociada a LES fue del 25,3% (35 pacientes), mientras que 44 pacientes (31,8%) presentaban HAP secundaria (22 valvulopatía, 8 miocardiopatía, 7 disfunción diastólica, 5 pleuropericarditis, 1 foramen oval permeable y 1 pulmón encogido). Los pacientes con HAP asociada a LES presentaron de forma significativa una edad menor ($p < 0,001$, test de Mann-Whitney) y una prevalencia de HTA menor ($p = 0,001$, test exacto de Fischer) que los pacientes con HAP secundaria. La regresión logística demostró una asociación significativa entre HAP asociada a LES y sexo masculino (OR 5,25, IC95% 1,42-19,39, $p = 0,013$) y fenómeno de Raynaud (OR 2,69, IC95% 1,11-6,50, $p = 0,028$), así como una asociación significativa inversa entre HAP asociada a LES y HTA (OR 0,18, IC95% 0,045-0,71, $p = 0,015$) y edad (OR 0,96, IC95% 0,92-0,99, $p = 0,037$). No se encontró asociación entre HAP asociada a LES y APL, anticuerpos anti-RNP, tabaquismo ni tratamiento con antipalúdicos, glucocorticoides e inmunosupresores. La HAP secundaria se asoció únicamente con la edad (OR 1,06, IC95% 1,03-1,08).

Discusión. Nuestro estudio muestra una elevada prevalencia de HTP en pacientes con LES (57,2%), considerando como cifra de corte 30 mmHg. La mitad de estos pacientes no tenía anomalías cardiopulmonares asociadas. En este subgrupo, se ha encontrado una asociación significativa con sexo masculino y Raynaud, pero no con la presencia de anticuerpos anti-RNP y AFL, que se han descrito como factores de riesgo en otras series. Las formas secundarias presentaban una asociación con la edad y la presencia de HTA. Quedan por establecer las consecuencias clínicas de nuestros hallazgos así como la evolución de las cifras de PAP en mediciones ecocardiográficas repetidas.

Conclusiones. La prevalencia de HTP (PAP igual o superior a 30 mmHg) en pacientes con LES es elevada. La mitad de los casos son formas secundarias a enfermedad cardiopulmonar. Las formas secundarias se asocian a sexo masculino y Raynaud, pero no a la positividad de anti-RNP y AFL. En el futuro se establecerán las consecuencias clínicas de estos hallazgos y la prevalencia de HTP en mediciones ecocardiográficas repetidas.

IF-006

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

S. Eguiluz Castañón, M. Garmendia Zallo, A. Epalza Bueno, A. Martínez Barriotxo, M. Egurbide Arberas, G. Ruiz Irastorza y C. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Objetivos. Conocer la prevalencia de hipertensión arterial pulmonar (HAP) en pacientes con esclerosis sistémica y su posible asociación con características clínicas e inmunológicas.

Material y métodos. Se han incluido en el estudio 36 pacientes en control por el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces. Se ha definido como HAP la presencia de PAP igual o superior a 30 mmHg y como HAP moderada-severa la presencia de PAP igual o superior a 40 mmHg, medida mediante ecocardiografía-Doppler transtorácica. Se ha considerado como trastorno de la difusión la presencia de DLCO inferior al 80% del teórico para edad y sexo. La presencia de neumopatía intersticial se ha evaluado mediante TC torácico de alta resolución. Se ha definido como anticuerpos anticentrómero la presencia de ANA con patrón centromérico y/o la presencia de anticuerpos anti-CenpB. Los análisis estadísticos han sido realizados con el programa SPSS 10.0. Las variables cuantitativas con distribución normal se describen mediante media (desviación estándar), en caso contrario mediante mediana (rango). Los análisis univariantes empleados son el test exacto de Fischer para las variables cualitativas, prueba *t* de Student no pareada para las variables cuantitativas de distribución normal y test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas de distribución no normal.

Resultados. El grupo a estudio estaba formado por 32 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 56,9 (14.1) años, y una mediana de seguimiento de 5 (0-16) años. 3 pacientes (8,3%) fallecieron durante el seguimiento. 12 pacientes (33,3%) presentaban esclerosis sistémica difusa (ESD) y 24 pacientes (66,6%) síndrome CREST. La prevalencia de anticuerpos anti-SCL70 fue significativamente superior en pacientes con ESD (83,3% vs 0,0%, $p < 0,001$), mientras que la prevalencia de anticuerpos anticentrómero fue significativamente superior en las formas CREST (79,1% vs 16,6%, $p = 0,007$). Doce pacientes (33,3%) presentaron neumopatía intersticial, de los cuales 9 eran formas ESD y 3 eran CREST ($p < 0,001$). La mediana de PAP en el grupo completo fue 37 (25-98) mmHg. La mediana de PAP en el grupo ESD no fue significativamente superior a la del grupo CREST: 39 (25-75) vs 35,5 (25-98) mmHg, $p > 0,05$. Se observó HAP en 30 pacientes (83,3%) y HAP moderada-severa en 13 pacientes (36,1%), de los cuales 6 eran formas ESD (todos con neumopatía intersticial) y 7 eran formas CREST (2 con neumopatía intersticial). La PAP fue superior a 60 mmHg en los 3 pacientes fallecidos, 2 de ellos con neumopatía intersticial asociada. 5 pacientes con HAP moderada-severa no presentaban neumopatía intersticial (todos ellos CREST); en 4 de ellos se realizaron pruebas de función respiratoria (el quinto había fallecido), observándose en 2 casos (50%) trastorno de la difusión, con DLCO disminuida. La presencia de HAP moderada-severa se asoció significativamente con los anticuerpos anticentrómero ($p = 0,017$), pero no con los anticuerpos anti-SCL70.

Discusión. El estudio muestra una elevada prevalencia de HAP (83,3%) y de HAP moderada-severa (36,1%) en pacientes con esclerosis sistémica. Los perfiles clínico-inmunológicos asociados a la presencia de HTP son: ESD-neumopatía intersticial y CREST-anticentrómero no neumopatía intersticial. Resulta de interés que una parte importante de los pacientes con HAP moderada-severa y sin neumopatía intersticial (50%) muestren alteración de la difusión (DLCO disminuida) y que la presencia de anticuerpos anticentrómero se asocie significativamente con la presencia de HAP moderada-severa.

Conclusiones. La prevalencia de HAP (PAP igual o superior a 30 mmHg) y de HAP moderada-severa (PAP igual o superior a 40 mmHg) es elevada en pacientes con esclerosis sistémica. En los pacientes con formas difusas, la HTP guarda relación con la presencia de neumopatía intersticial, en tanto que en las formas limitadas se asocia a la positividad de anticuerpos anticentrómero. Es necesaria la realización repetida de mediciones ecocardiográficas y pruebas de función respiratoria con determinación de DLCO para establecer su utilidad como pruebas de screening de HAP en pacientes con esclerosis sistémica sin neumopatía intersticial.

IF-011

TRATAMIENTO CON BOSENTÁN DE LAS ÚLCERAS DIGITALES ISQUÉMICAS EN LA ESCLERODERMIA. RESULTADOS PRELIMINARES

C. Simeón Aznar, V. Fonollosa Plá, R. Solans Laqué, A. Selva O'Callaghan, M. Rivero Rodríguez, M. Villar Casares, J. Lima Ruiz y M. Vilardell Tarrés

Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. El objetivo del estudio es valorar los efectos de bosentán, vasodilatador que actúa como antagonista no selectivo de los receptores de la endotelina, como tratamiento de las úlceras isquémicas digitales en la esclerodermia.

Material y métodos. Desde noviembre del 2002 hasta agosto del 2005 15 enfermos (14 mujeres y 1 hombre) con esclerodermia y úlceras digitales han recibido tratamiento con bosentán como uso compasivo y después de firmar el consentimiento informado. Nueve enfermos tienen una esclerodermia difusa y 6 esclerodermia limitada. Todos los enfermos seguían tratamiento vasodilatador con antagonistas de los canales del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina o de los receptores de la angiotensina e inhibidores de la recaptación de la serotonina así como antiagregantes plaquetarios (ácido acetil salicílico o clopidogrel). Tres enfermas habían recibido análogos de la prostaglandina entre 2 y 4 meses antes de iniciar el tratamiento con bosentán. El tratamiento con bosentán se inició a dosis de 62,5 mg/12 horas y tras 4 semanas de tratamiento se aumentó la dosis a 125 mg/12 horas. Se realiza-

ron determinaciones analíticas (hemograma y pruebas hepáticas) mensualmente. Los parámetros valorados son: la evolución de las úlceras preexistentes y del fenómeno de Raynaud, la aparición de nuevas úlceras y su evolución.

Resultados. La mediana de duración de tratamiento es de 15 meses (rango 4-31 meses). Todos los enfermos menos uno presentaron una disminución en el número de las crisis de fenómeno de Raynaud, así como de la intensidad del mismo. La evolución de las úlceras fue favorable en todos los enfermos menos en una a la que se le realizó simpatectomía torácica. Ocho enfermos presentaron curación total de las úlceras entre los 4 y los 24 meses después de haber iniciado el tratamiento (mediana: 9 meses). En 6 se observó franca mejoría con notable disminución del diámetro de las úlceras así como desaparición del dolor. Cuatro enfermos no han presentado nuevas úlceras desde que se ha iniciado el tratamiento (mediana: 10,5 meses, rango: 4-30 meses). Un enfermo presentó una nueva úlcera con dosis de bosentán de 62,5 mg/12 horas que curó rápidamente al aumentar la dosis a 125 mg/12 horas. En 10 pacientes reaparecieron las úlceras entre los 3 y 10 meses después de haber iniciado el tratamiento (mediana 6,5 meses). Sólo 2 enfermas precisaron la adición cíclica de análogos prostaglandínicos endovenosos presentando una discreta y lenta mejoría con persistencia de las úlceras. El resto de enfermos (8) que han presentado úlceras nuevas han evolucionado favorablemente siendo menos dolorosas e incapacitantes y con una rápida curación de las mismas (menos de 2 meses). En cuanto a los efectos adversos 3 enfermas presentaron elevación de las transaminasas. En una de ellas se normalizaron las cifras al reducir la dosis. En las otras 2 fue necesario retirar el fármaco por presentar hepatitis aguda ictericia; en una de ellas, a la que se le practicó biopsia hepática, los hallazgos anatomopatológicos fueron compatibles con hepatitis autoinmune presentando buena respuesta al tratamiento esteroideo y azatioprina. Sólo un enfermo presentó edemas y anemia con cifras mínimas de Hb de 9,9 mg/dl que se controló con tratamiento deplectivo.

Discusión. Las úlceras digitales son una complicación frecuente en los pacientes con esclerodermia y afectan de manera importante en el funcionalismo de la mano y de la actividad diaria del enfermo. Según los resultados de este estudio la mayoría de los enfermos presentan mejoría de las úlceras y aunque en un número importante de enfermos vuelven a aparecer nuevas úlceras éstas evolucionan rápidamente hacia la curación por lo que disminuye el período de incapacidad del enfermo.

Conclusiones. La evolución de las úlceras de los enfermos tratados con bosentán es favorable. En la mayoría de los casos aparecen nuevas úlceras pero éstas evolucionan hacia la curación de una manera rápida.

OSTEOPOROSIS

O-004

EFFECTO DE LOS DIFOSFONATOS SOBRE LA MASA ÓSEA DE PACIENTES OSTEOPÉNICAS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER

R. Ros¹, E. Rodríguez¹, C. Durán¹, L. Rodríguez², A. Martínez¹, A. Castellano¹, M. Alonso¹ y F. Santolaria¹

¹Medicina Interna. ²Oncología Médica. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Estudiar el efecto sobre la masa ósea del tratamiento con difosfonatos durante 12 y 24 meses en un grupo de mujeres supervivientes de cáncer enviadas a una consulta de Medicina Interna por osteopenia u osteoporosis.

Material y métodos. Se incluyeron 104 pacientes (57 ± 11 años) con una neoplasia en remisión completa (7,3 ± 4 años desde el diagnóstico), que habían recibido terapias potencialmente inductoras de osteopenia. Se registraron sus hábitos, historia hormonal, historia de osteoporosis y fracturas previas, patologías concurrentes y consumo de fármacos inductores de osteopenia. Se recogió cualquier hecho relevante en su evolución, sobre todo oncológico. La DMO se midió en columna lumbar y en cadera (g/cm²), antes de ini-

ciar los difosfonatos, al año y a los 2 años de tratamiento. Se pautaron indistintamente alendronato o risedronato, de forma diaria al principio y de forma semanal en cuanto fue posible. Un grupo menor de pacientes recibieron etidronato en ciclos, y otro grupo zoledronato intravenoso ante situaciones especiales (problemas psiquiátricos, reflujo gastroesofágico, cirugía del tracto digestivo...). Las pacientes se siguieron entre diciembre de 1995 y agosto de 2005 (mediana de 39,5 ± 21 meses de seguimiento).

Resultados. La neoplasia más frecuente fue el carcinoma de mama (81%). El 92% eran menopáusicas. La DMO tras un año de tratamiento aumentó de forma significativa en columna, cuello femoral y trocánter y se mantuvo estable en cadera total. Tras 2 años de tratamiento, la DMO siguió aumentando en columna, cuello femoral y trocánter y tuvo tendencia estadística a aumentar en cadera total. El 86% referían un buen cumplimiento del tratamiento. 27% tuvieron algún efecto secundario pero solo 5 pacientes abandonaron el tratamiento. Al terminar el estudio, todas las mujeres menos 5 estaban libres de enfermedad neoplásica.

Discusión. Hoy en día las pacientes con cáncer pueden sobrevivir muchos años, presentando otros problemas de salud, como osteoporosis, favorecida por el uso de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y determinadas cirugías. De ahí la importancia de encontrar terapias adaptadas a estas pacientes.

Conclusiones. Los difosfonatos son útiles en el tratamiento de la osteopenia secundaria a cáncer. No solo mantienen estable la masa ósea sino que pueden incluso aumentarla.

Efecto de los difosfonatos sobre la masa ósea (* = p < 0,05).

| | DMO al inicio del tto. | DMO tras 12 meses | DMO tras 24 meses |
|----------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Columna lumbar | 0,859 ± 0,119 | 0,888 ± 0,119* | 0,891 ± ,1198* |
| Cuello femoral | 0,697 ± 0,100 | 0,710 ± 0,097* | 0,704 ± 0,096* |
| Trocánter | 0,609 ± 0,093 | 0,621 ± 0,096* | 0,623 ± 0,095* |
| Cadera total | 0,812 ± 0,115 | 0,818 ± 0,114 | 0,814 ± 0,107 |

RIESGO VASCULAR

RV-005

MORTALIDAD Y MORBILIDAD CARDIOVASCULAR A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON SÍNCOPE: IMPLICACIONES PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO (ESTUDIO GESINUR-1)

A. Martín Martínez¹, A. Moya Mitjans², C. Del Arco Galán¹, J. Martínez Alday², P. Laguna del Estal¹, R. García Civera², G. Barón Esquivias² y A. Lozano Ancín¹

¹Sección de Arritmias. Sociedad Española Medicina Urgencias y Emergencias. Madrid. ²Grupo Trabajo Síncope. Sociedad Española de Cardiología. Barcelona.

Objetivos. Fundamentos: no existe evidencia científica en nuestro medio sobre pronóstico real a largo plazo de los pacientes atendidos por síncope durante la fase aguda, dato imprescindible para establecer recomendaciones de manejo.

Objetivos. 1) Analizar el perfil de riesgo teórico de los pacientes con síncope atendidos en los servicios de urgencias (SU). 2) Precisar su pronóstico a largo plazo (mortalidad global y eventos cardiovasculares mayores). 3) Proponer una estratificación de riesgo de los pacientes basada en la realidad de la práctica diaria en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio prospectivo multicéntrico observacional en 14 SU del 14-noviembre al 14-diciembre 2003. Se recogieron las variables clínicas, epidemiológicas y de manejo de todos los pacientes mayores de 14 años que consultaron por síncope. Se definió síncope de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica European Society of Cardiology (2001). Evolución: encuesta 1 año tras el alta del SU sobre mortalidad y eventos cardiovasculares mayores: Implante de desfibrilador (DAI) o marcapasos (MP), revascularización miocárdica o cirugía valvular. Como predictor teórico de Riesgo (mortalidad) se utilizó el score OESIL (cardiopatía estructural, altera-

ciones ECG, edad > 75, ausencia pródromos; alto riesgo si 2 o más factores).

Resultados. Se incluyeron 956 pacientes. Factores riesgo: > 75 años 30%, cardiopatía 16%, síncope sin pródromos 38%, alteraciones ECG 34%. Score OESIL ≥ 2 en 46%. Destino: alta 73%, observación 10% e ingreso 16%. Adecuación destino: si OESIL < 1, 63% alta; si OESIL ≥ 2, 72% ingreso; el 19% síncope arrítmicos y 17% de cardiopulmonares fueron dados de alta (30% remitidos a policlínica). La puntuación de riesgo OESIL fue de 1,4 ± 1,1 para pacientes dados de alta y 2,4 ± 1 para aquellos que ingresaron (p < 0,001), debiéndose destacar que 128 pacientes (12,5%) con OESIL > 2 fueron dados de alta. Evolución 1 año: disponible en 873 pacientes (91%). Mortalidad: fallecieron 37 pacientes, tasa de mortalidad 5,5% (12% en pacientes hospitalizados, 3,2% en dados de alta, OR 2,3). Se asoció con antecedentes de cardiopatía estructural (OR 4,3)/arritmia (OR 5,1)/Fibrilación auricular (OR 3,9)/enfermedad neurológica (OR 3), edad > 75 (OR 6,3), ausencia pródromos (OR 1,9), soplo cardíaco (OR 4,9) o focalidad neurológica en la exploración (OR 4,7), insuficiencia cardíaca en el momento de la exploración (OR 6,4), ECG alterado (OR 19,6), diagnóstico etiológico de síncope cardiopulmonar o arrítmico (OR 4,5) y puntuación OESIL ≥ 2 (OR 6,5). La mortalidad de acuerdo a la puntuación OESIL fue: 0% para OESIL 0; 2,5% para OESIL 1; 5% para OESIL 2; 13% para OESIL 3 y 17% para OESIL 4 (p < 0,001). Morbilidad cardiovascular: Se implantó DAI en 5 (0,7%; el 100% en primer ingreso, ninguno en pacientes dados de alta desde el SU, OR 3,8), marcapasos en 22 (3,3%; el 77% en ingresados, OR 3,1), cirugía revascularización en 2 (0,3%) y Cirugía valvular en 1 paciente (0,1%).

Conclusiones. 1) Los pacientes con síncope que acuden a los SU tienen un perfil de riesgo teórico elevado. Se decide el destino final de acuerdo con el mismo en la mayoría de los casos, pero un 10% de pacientes de alto riesgo es dado de alta sin control posterior. La tasa de ingresos de pacientes atendidos por síncope es relativamente baja comparada con otras series de la literatura. 2) La mortalidad al año de los pacientes con síncope atendidos en nuestros SU es del 5%, y la aparición de eventos cardiovasculares que precisen intervención del 4%; ambos ocurren mayoritariamente en pacientes hospitalizados desde el SU. 3) La utilización de criterios simples y accesibles en todos los ámbitos asistenciales (antecedentes, edad, pródromos, alteraciones en la exploración o en el ECG, insuficiencia cardíaca o diagnóstico de origen cardiopulmonar o arrítmico) permite una adecuada estratificación del riesgo de muerte. Por tanto, recomendamos su aplicación sistemática para guiar las decisiones de manejo en la fase aguda de los pacientes con síncope.

RV-014

EVOLUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA FRECUENCIA CARDÍACA EVALUADAS MEDIANTE HOLTER DE 24 H EN PACIENTES INGRESADOS POR UN ICTUS CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

J. Rodríguez García¹, J. Gallardo Sancha², E. Botia Paniagua¹ y J. García González¹

¹Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. ²SUAP. Centro de Salud. Hellín, Albacete.

Objetivos. Hemos estudiado los resultados del holter de presión arterial (PA) en pacientes con ictus isquémico de distinta severidad, lacunar versus no lacunar, y la importancia pronóstica de los cambios de la PA a corto plazo (primera semana de ingreso).

Material y métodos. Se estudiaron 434 pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico. Los pacientes fueron divididos en dos grupos mediante criterios clínicos y de TC craneal: 1) Grupo de ictus lacunar (IL, n = 205). 2) Grupo de ictus no lacunar (INL, n = 229). La valoración del daño neurológico se realizó mediante la escala NIHSS. La PA se valoró al ingreso mediante holter de 24 h, iniciándose en el segundo día tratamiento hipotensor (captopril o amlodipino) en aquellos pacientes que mostraron criterios de HTA por el holter. En el día 7 se realizó una nueva valoración clínica y de holter de PA. A los pacientes se les agrupó según la puntuación de la escala de Rankin, medida en el día 7 del ictus, en pacientes de buen pronóstico (BP, puntuación entre 0 y 3) y mal pronóstico (MP, puntuación 4-6). Para realizar comparaciones entre grupos se emplea-

ron los estadísticos de la *t* de Student, chi cuadrado y Mann-Whitney.

Resultados. En los pacientes con ILBP, la puntuación NIHSS mejoró en el día 7: $3,5 \pm 1,6$ vs $1,2 \pm 1,4$ (0,000). El holter de PA evidenció una disminución significativa de la PAS (mmHg) 129 ± 20 vs 122 ± 15 (0,000), de la PAD (mmHg) 69 ± 11 vs 66 ± 11 (0,005), y de la FC (lpm) 69 ± 12 vs 66 ± 10 (0,000). En los pacientes con ILMP, la puntuación NIHSS empeoró: $3,8 \pm 2,5$ vs $5,5 \pm 4,9$ (0,02). En el holter de PA no se pusieron de manifiesto diferencias significativas en los niveles de PA o de FC: PAS (mmHg) 139 ± 24 vs 139 ± 22 (0,53); PAD (mmHg) 75 ± 10 vs 73 ± 8 (0,75); FC (lpm) 74 ± 17 vs 74 ± 10 (0,92). En los pacientes con INLBP, la severidad del daño neurológico mejoró: NIHSS $8,2 \pm 4,8$ vs $3,7 \pm 4,3$ (0,000). Los niveles de PA y de FC disminuyeron durante el ingreso: PAS (mmHg) 139 ± 22 vs 130 ± 19 (0,000), PAD (mmHg) 73 ± 12 vs 68 ± 10 (0,000), FC (lpm) 75 ± 14 vs 72 ± 12 (0,02). Los pacientes con INLMP no mostraron cambios en la escala NIHSS, $17,3 \pm 6,3$ vs $16,7 \pm 6,1$ (0,18) ni en la PA, PAS (mmHg) 148 ± 22 vs 145 ± 22 (0,07), PAD (mmHg) 73 ± 13 vs 75 ± 14 (0,07), con aumento de la FC (lpm) 78 ± 13 vs $82 \pm 12,7$ (0,03).

Discusión. El análisis estadístico realizado estuvo encaminado a conocer la evolución de las cifras de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, y su relación con el pronóstico, en pacientes ingresados por un ictus cerebrovascular isquémico. La valoración de la presión arterial y su evolución ha sido tradicionalmente realizada mediante mediciones clínicas aisladas, lo que ha supuesto un sesgo significativo en la valoración de los cambios de presión arterial y su relación con el pronóstico funcional o vital. De los resultados obtenidos en nuestro análisis, se infiere que, con independencia de la severidad del daño neurológico que presente el paciente en la fase aguda del ictus, la evolución del estado hemodinámico (PA, FC) guarda relación con la evolución neurológica, de modo que los pacientes con buena evolución tienden a mejorar estos parámetros. La interpretación de estos resultados es compleja, pero basado en estos resultados y en experiencias previas, es probable que la persistencia de niveles elevados de PA y de FC en pacientes con ictus severo o que presentan deterioro clínico, pueda suponer un mecanismo fisiopatológico destinado a aumentar la presión de perfusión en las zonas de penumbra isquémica que rodean el área de infarto cerebral.

Conclusiones. La evolución de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, valorada mediante monitorización de 24 h, guarda relación con el pronóstico, de modo que, con independencia de la severidad del ictus, los pacientes con buena evolución neurológica presentan una reducción significativa de estas variables.

RV-017

RELACIÓN ENTRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIDO CON LAS FUNCIONES DE FRAMINGHAM Y LA DETECCIÓN DE ARTERIOESCLEROSIS CORONARIA SILENTE CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CON DETECTORES MÚLTIPLES

C. Morcillo Serra¹, J. Valderas², S. Bechich¹, J. Roca³, C. Núñez¹, M. Sánchez¹ y R. Oliveró¹

¹Medicina Interna, ²Cardiología. CIMA. Barcelona.

²Unitat d'Investigació en Serveis Sanitaris,

Institut Municipal d'Investigació Mèdica. IMIM. Barcelona.

Objetivos. La tomografía computarizada con detectores múltiples de 16 coronas (TCDM) aplicada al estudio del árbol arterial coronario nos permite detectar y cuantificar la carga aterosclerótica. Dado que las funciones de Framingham no son suficientemente sensibles para detectar la mayoría de personas con alto riesgo coronario, hemos intentado evaluar la eficacia de estas funciones de Framingham para calcular el riesgo coronario en comparación con la TCDM y a su vez, cuantificar la correlación entre dichas funciones y la cuantificación de calcio coronario detectado en la TCDM.

Material y métodos. Durante dos años (desde julio del 2003 hasta julio del 2005) hemos estudiado a un total de 862 individuos con TCDM para valorar la presencia de arterioesclerosis coronaria. Hemos cuantificado su riesgo cardiovascular aplicando las funciones de Framingham derivadas de la Task Force Europea (TFE) y la calibrada para la población española REGICOR. Se excluyó del análisis a

566 pacientes por estar previamente diagnosticados de arterioesclerosis coronaria o en otros territorios, por tener una edad inferior a 35 o superior a 74 años, o por no disponer de información suficiente para calcular el riesgo global. Hemos definido como arterioesclerosis coronaria la detección en la TCDM de calcio coronario (puntuación > 0) o cualquier lesión sugestiva detectada en la coronariografía no invasiva. Para calcular la diferencia entre los dos grupos se ha utilizado Chi cuadrado para variables discretas y *t* de Student para variables continuas. La correlación entre las variables se ha calculado con el coeficiente de Spearman.

Resultados. Han sido analizadas 296 personas (edad media de 55 años, 92% varones). Existía una alta prevalencia de los diferentes factores de riesgo (fumadores 35% [31% exfumadores]), dislipemia 40%, hipertensión 31% y diabetes mellitus 3%). Trece pacientes recibían tratamiento con aspirina y 24 con estatinas. El 55% tenían arterioesclerosis coronaria detectada en la TCDM. Al cuantificar el riesgo de los sujetos que tenían arterioesclerosis coronaria detectada en la TCDM, ninguno puntuaba un riesgo muy alto, y sólo el 32% de ellos tenían un riesgo alto con la tabla de la TFE. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el riesgo calculado con la función TFE y REGICOR (Chi cuadrado = 352,6, *p* < 0,001). La correlación entre la cuantificación de calcio coronario y el riesgo estimado con las funciones de la TFE y REGICOR fue moderada y estadísticamente significativa (*p* = 0,45, *p* < 0,001 i *p* = 0,39, *p* < 0,001, respectivamente).

Discusión. Si tenemos en cuenta que estas personas asintomáticas que ya tienen alteraciones en sus arterias coronarias en la TCDM, tienen posiblemente un mayor riesgo vascular, las tablas utilizadas infravaloran el riesgo real, ya que la tabla de la TFE predice entre un bajo a moderado riesgo en el 68% de los enfermos que ya tienen arterioesclerosis coronaria y la tabla REGICOR no clasifica a ninguno de ellos como alto o muy alto riesgo. La realización de una TCDM permitiría reclasificar el riesgo cardiovascular estimado con las funciones clásicas en un alto porcentaje de los casos, incrementando el número de individuos que se beneficiarían de un tratamiento preventivo enérgico y precoz.

Conclusiones. A pesar de la buena correlación entre la cuantificación del calcio coronario y el riesgo estimado con las funciones de Framingham, éstas tienen una baja capacidad para identificar a los pacientes de alto riesgo cardiovascular.

RV-029

ANÁLISIS MULTIDISCIPLINARIO DEL MANEJO ACTUAL DEL SÍNCOPE EN LA FASE AGUDA: ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA Y PROPUESTAS DE MEJORA

P. Laguna del Estal¹, A. Martín Martínez¹, A. Moya Mitjans², C. Del Arco Galán¹, J. Martínez Alday², G. Barón Esquivias² y R. García Civera²

¹Sección de Arritmias. Sociedad Española Medicina Urgencias y Emergencias. Madrid. ²Grupo Trabajo Síncope.

Sociedad Española de Cardiología. Barcelona.

Objetivos. Las guías de práctica clínica sobre el síncope aportan las recomendaciones de manejo basadas en la evidencia científica disponible. Sin embargo, no existe información sobre su seguimiento y aplicabilidad en los ámbitos asistenciales de la fase aguda de nuestro país. Los objetivos del presente estudio son: 1) Determinar el manejo agudo de los pacientes con síncope. 2) Precisar la rentabilidad diagnóstica de las exploraciones complementarias realizadas y su impacto en el destino final. 3) Analizar la adecuación del diagnóstico sintromico y etiológico realizado. 4) Proponer recomendaciones concretas para mejorar la adecuación diagnóstica en la fase aguda.

Material y métodos. Estudio prospectivo, multicéntrico, observacional realizado en 19 servicios de urgencias (SU) del 15-noviembre al 15-diciembre 2003. Se recogieron las variables clínico-epidemiológicas y de manejo de todos los pacientes > 14 años que acudieron por síncope. Adecuación diagnóstica (evaluación ciega del diagnóstico en el SU por 4 arritmólogos de la Sociedad Española de Cardiología): 1) Concepto de síncope, diagnóstico etiológico y EC realizadas de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica sobre el manejo del síncope de la European Society of Cardiology (2001). 2) Diagnóstico sintromico (diferencial con convulsión): score de Sheldon (< 1 síncope). Correlación entre diagnósticos: rho de Spearman.

Resultados. Se incluyeron 1.549 pacientes, 1.428 (90%) con pérdida de conciencia. Exploraciones complementarias (% diagnóstico): ECG al 93% (alteraciones en 34%), prueba ortostática 5% (diagnóstica 18%), masaje seno carotídeo 0,5% (17%), monitorización ECG 16,6% (6,3%), ecocardiograma 2% (18%), CT tórax 1,2% (11%), analítica sanguínea 76% (3%), enzimas cardíacas 30% (1%), RX tórax 52% (1%); adecuación a las Guías Práctica Clínica del 5%, con diferencias en la realización de exploraciones complementarias entre los distintos SU ($p = 0,001$). Diagnóstico sindrómico: síncope causa conocida 61%, síncope causa desconocida 6%, pérdida conciencia no aclarada 6%, crisis convulsiva 2%; adecuación según GPC del 62%, diagnóstico correcto según score Sheldon en 89% ($p = 0,0001$). Diagnóstico etiológico: vasovagal 47% (de acuerdo con las Guías de la European Society of Cardiology: 23%), ortostático 8% (6%), arritmico 8% (5%), situacional 6,5% (4,7%), cardiopulmonar 4% (1,8%), etiología desconocida 25% (58%); correlación diagnóstico etiológico entre SU y Guías, $r = 0,53$ ($p < 0,001$). Evolución: Se instauró tratamiento en el SU al 30%, estancia en SU 5 ± 2 horas, fallecimiento 0,9%. Destino: alta 73%, observación 10% e ingreso 16% (en relación con cardiopatía estructural, alteraciones en ECG y etiología del síncope $p = 0,001$).

Conclusiones. 1) Se realizan Exploraciones Complementarias a la práctica totalidad de los pacientes con síncope que acuden al SU, mientras que sólo se instaura TTO a una minoría. 2) Se abusa de la realización de pruebas de muy escasa rentabilidad diagnóstica (analítica, RX), que prolongan el tiempo de estancia y aumentan los costes, mientras que otras baratas y de alto rendimiento diagnóstico (masaje seno carotídeo, prueba ortostática) están infrautilizadas. Los resultados del ECG, el diagnóstico etiológico y los antecedentes de los pacientes (cardiopatía estructural) son los principales factores implicados en la decisión de ingreso hospitalario (tasa muy inferior a la comunicada en la literatura). 3) Se realiza un adecuado diagnóstico sindrómico, pero existe una tendencia a un excesivo diagnóstico etiológico sin criterios suficientes. Dado el abuso de Exploraciones Complementarias de escaso rendimiento, la adecuación respecto a las Guías de Práctica Clínica es escasa. 4) Recomendamos seguir las recomendaciones de las Guías referentes a: 1) El concepto de síncope (evitar incluir episodios sin pérdida de conciencia); 2) La realización de Exploraciones Complementarias baratas y de elevada rentabilidad reduciendo la realización sistemática de analítica y RX y 3) Evitar apurar excesivamente el diagnóstico etiológico.

RV-041
COMORBILIDAD DE FACTORES DE RIESGO Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

F. Villar Álvarez¹, B. López Muñiz Ballesteros¹, E. Gargallo García², P. Casado Escribano², P. Conthe Gutiérrez², J. González Moro¹, S. López Martín¹ y P. De Lucas Ramos¹
¹Neumología, ²Medicina Interna-I. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Estudiar la prevalencia e incidencia a los cuatro años de comorbilidad de eventos cardiovasculares (ECV) en pacientes con SAOS, y su relación con factores de riesgo cardiovascular conocidos y el tratamiento con CPAP.

Material y métodos. Estudio longitudinal de pacientes diagnosticados de SAOS en 2001. Se registraron las prevalencias e incidencias a los cuatro años de los eventos cardiovasculares: insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad coronaria (EC), arritmias cardíacas y accidentes isquémicos transitorios (AIT). Como variables de factor de riesgo cardiovascular se consideraron: obesidad, edad, sexo, diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) y tabaquismo.

Resultados. Se estudiaron 97 pacientes (73 varones y 24 mujeres con una media de edad de 54,02 años) diagnosticados de SAOS. Un 24,7% de pacientes (20 varones y 4 mujeres con una media de edad de 61,83 años) tenían historia de ECV (IC: 12,5%, EC: 20,8%, arritmias: 79,2% y AIT: 4,2%), con una incidencia a los cuatro años de 5,2% (IC: 10,3%, EC: 6,8%, arritmias: 13,7% y AIT: 3,4%). No se objetivaron diferencias en tratamiento con y sin CPAP en pacientes con ECV nuevos ($p 0,124$), y si se encontraron diferencias en factores de riesgo cardiovascular ($p < 0,001$).

Conclusiones. Los pacientes con SAOS presentan una elevada prevalencia e incidencia de eventos cardiovasculares. Las arritmias y la enfermedad coronaria son la patología encontrada con más frecuencia en estos pacientes. Las arritmias y la insuficiencia cardíaca son las patologías con mayor porcentaje de incidencia. La HTA es el factor de riesgo que asociado a SAOS condiciona una mayor prevalencia de ECV. No se ha observado relación del tratamiento con CPAP con dichos ECV.

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con y sin eventos cardiovasculares en 2001 y en 2005.

| | Obesidad | Hiperlipemia | HTA | DM | Tabaquismo |
|-----------------|----------|--------------|------|------|------------|
| ECV 2001 (%) | 66,7 | 12,5 | 54,2 | 16,7 | 45,8 |
| No ECV 2001 (%) | 61,6 | 13,7 | 20,5 | 5,5 | 45,2 |
| ECV 2005 (%) | 65,5 | 20,7 | 62,1 | 20,7 | 37,9 |
| No ECV 2005 (%) | 66,2 | 19,1 | 26,5 | 7,4 | 50 |

RV-045
FACTORES DETERMINANTES EN LA RECURRENCIA DE EPISODIOS CARDIOVASCULARES TRAS LA SUPERVIVENCIA A UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

M. García Sánchez¹, S. Gómez Rosado², P. Arcos Pereda¹, R. Agudo Alonso¹, G. Esteban González¹, M. García Vidal¹, A. Sánchez Garvín¹ y J. García Díaz¹

¹Medicina Interna, ²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. La supervivencia del síndrome coronario agudo (SCA) está aumentando como resultado de la generalización de técnicas como la fibrinólisis y la revascularización precoz. Sin embargo, su pronóstico es muy variable y se necesita identificar características relacionadas con el mismo. El objetivo principal es identificar las variables presentes en el momento de un episodio coronario agudo que puedan ser predictoras del pronóstico a corto plazo, de recurrencias de otros episodios cardiovasculares o de fallecimiento.

Material y métodos. Estudio de casos y controles anidado en una cohorte retrospectiva de supervivientes a un infarto agudo de miocardio con seguimiento a cinco años. Se comparan los pacientes que presentaron recurrencia cardiovascular con necesidad de ingreso, precisaron un procedimiento de revascularización o fallecieron por cualquier otra causa con los supervivientes a los cinco años sin complicaciones cardiovasculares relevantes. Se recogieron edad, sexo, historia familiar de cardiopatía isquémica, diagnóstico previo de diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, HTA, dislipemia, insuficiencia cardíaca, tipo de IAM (Q y no Q), localización, Killip, CK máxima, TA al ingreso, FC, glucemia, creatinina, colesterol y triglicéridos en el ingreso, el tratamiento postinfarto y la necesidad o no de realización de cateterismo en el primer mes. Se realizó análisis estadístico descriptivo y analítico bivariante y multivariante de regresión logística. Además se modelizó la función de supervivencia por el método de Kaplan-Meier.

Resultados. La cohorte inicial estaba formada por 179 pacientes, 42 (23,5%) mujeres y 137 (76,5%) hombres, con edades medias de 61,8 y 71,6 años, respectivamente. La muerte precoz postinfarto ocurrió en 14 pacientes (7,8%), 10 hombres y 4 mujeres. Se analizaron 25 casos y 25 controles no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la edad, sexo, TA, FC, glucemia o creatinina sérica al ingreso. Se evidenció una tendencia a presentar cifras de TA sistólica y de colesterol más elevadas entre los pacientes que recurrieron respecto a los que no. Las formas de recurrencia, por orden de frecuencia, fueron angor inestable que requirió reingreso (84%), indicación de cateterismo (48%), ACVA (20%) e IAM (12%). Se produjeron 4 muertes (16%), una cardiovascular, 2 por otras causas y otra por causa desconocida. El 80% de la recurrencias se produjeron en el primer año (mediana 92 días). En las recurrencias por SCA no se encontraron diferencias de edad o sexo, mientras que los pacientes que presentaron ACVA o fallecieron eran mayores en el momento del IAM. Asimismo, hubo mayor tendencia a

presentar recurrencias entre los IAM no Q y los de localización anterior, sin que existiera relación con el valor máximo de CK o la clasificación de Killip. En cuanto al tratamiento farmacológico e intervencionista, sólo se encontraron diferencias significativas en el uso de nitratos, que fue más frecuente en los pacientes que presentaron recurrencias. Entre los factores de riesgo cardiovascular, fueron predictores de recurrencia la cardiopatía isquémica previa y la diabetes mellitus. Las únicas variables que mostraron una asociación independiente con la recurrencia en el análisis multivariante fueron, por orden de importancia, la cardiopatía isquémica previa, la localización anterior del IAM y la diabetes mellitus.

Conclusiones. En cuatro de cada cinco casos la recurrencia de un SCA se produjo durante el primer año. La forma más común de recurrencia fue el angor inestable con necesidad de ingreso. La aparición de ACVA y el fallecimiento fue más frecuente entre los pacientes de mayor edad. La probabilidad de muerte entre los que recurrieron fue del 16% a los cinco años. El tratamiento con nitratos al alta se relacionó con un riesgo mayor de presentar recurrencias, probablemente como un marcador de angina precoz o disfunción ventricular. En un análisis multivariante sólo la cardiopatía isquémica previa, la localización anterior del IAM y la diabetes mellitus tuvieron valor predictivo independiente para la aparición de recurrencias.

RV-048

PREVENCIÓN TOTAL DE LOS ACV DEBIDOS A FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE

D. Linares, M. Moya, L. Ferreira, P. Varela, P. Asensio, R. Nicolás, F. Iglesia y F. Diz Lois

Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Objetivos. Comparar la eficacia preventiva de ACVs, de una estrategia consistente en cardioversión y mantenimiento en ritmo sinusal, respecto de la prevista según el sistema de predicción CHADS2 y la encontrada en el ensayo clínico controlado más importante, AFFIRM.

Material y métodos. Estudio de cohorte prospectivo, comparado con la población del estudio CHADS2 y del ensayo clínico AFFIRM. Criterios de inclusión: pacientes con fibrilación auricular persistente (no paroxística), de menos de 3 años de duración y con FE mayor 20%. Criterios de exclusión: contraindicación para el uso de losartan, amiodarona o acenocumarol. Se incluyeron de forma consecutiva 125 pacientes con FA persistente de más de un mes de duración. La cardioversión eléctrica y seguimiento fue realizado por un servicio de medicina interna. Previo a la cardioversión se anticoaguló y pretrató con losartan y amiodarona durante un mes, manteniéndose dichos tratamientos durante el seguimiento. La dosis de amiodarona fue de 200 mg/día y la de losartan de 25 a 100 mg, con o sin 25 mg hidroclorotiazida buscando como objetivo una presión arterial sistólica óptima de 120. En caso de mantenimiento en ritmo sinusal se disminuyó el rango de INR entre 1,9 y 2,5. El tiempo de seguimiento fue de 1 a 5 años, realizándose control de factores de riesgo y electrocardiográfico cada 3 meses. En los pacientes se realizó antes y después de la cardioversión, cuantificación de los factores de riesgo vascular y de fibrilación auricular, ecocardiograma, NYHA, exploración neurológica estructurada, y mortalidad vascular y no vascular.

Resultados. Esta cohorte de pacientes con FA persistente tenía una alta comorbilidad. Edad media de 70 años, al inicio 90% tenían disnea para actividad normal, 72% con HTA y 13% con un ACV previo al procedimiento. La cardioversión eléctrica fue efectiva en el 95%. Se produjo un descenso medio de la presión arterial sistólica superior a 22 mmHg. La clase funcional de la NYHA mejoró significativamente de 3 a 1,3. A pesar de que la FA persistente tiende a deprimir la fracción de eyección, al final de seguimiento la FE mejoró significativamente en un 12%. Aunque existieron leves sangrados gastrointestinales y urinarios, fueron de mínima cuantía y permitieron diagnosticar la presencia de neoplasias subyacentes, previamente asintomáticas. De acuerdo con el sistema de predicción CHADS2, más del 14% de nuestros pacientes, en ausencia de tratamiento habrían presentado un ACV. Sin embargo no se produjo NINGUN ICTUS, y un dudoso AIT que curó completamente. La mortalidad fue del 2%, debida en todos los casos a causas no cere-

bro ni cardiovasculares, y también menor de la que correspondería a una población coetánea a la cohorte que tratamos.

Discusión. Interpretamos que la excelente protección contra los ACV no fue debida solo a nuestra alta tasa de mantenimiento en ritmo sinusal, ya que otros estudios con tasas de mantenimiento en sinusal análogas, fueron incapaces de prevenir los ACV y la mortalidad de manera tan eficaz como nosotros. Así, en AFFIRM, a los 4 años la tasa de mortalidad fue del 15% y la de ACV del 9%. Atribuimos nuestra ventaja al uso de Losartan, preventor demostrado de ACV, así como al uso sistemático de anticoagulación con INR bajo, que además de prevenir ACV isquémicos, ha disminuido la incidencia de efectos adversos.

Conclusiones. Una estrategia de cardioversión y mantenimiento en ritmo sinusal que incluya amiodarona, losartan y un INR bajo es extraordinariamente eficaz en la prevención de ACV, obteniendo resultados mejores que los producidos por los mejores ensayos clínicos controlados disponibles (AFFIRM).

RV-050

DISMINUCIÓN EN LA ELIMINACIÓN URINARIA DE ALBÚMINA ASOCIADA A LA NORMALIZACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN PACIENTES HIPERTENSOS

R. Hermida¹, C. Calvo², D. Ayala¹, M. Rodríguez², L. Chayán² y J. López²

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. Resultados previos sobre los efectos del valsartán en función de su hora de administración han indicado que el tratamiento con este bloqueador de los receptores de angiotensina II a la hora de acostarse, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la presión arterial (PA) (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna, parámetro descriptor del perfil dipper o no-dipper de un paciente) [Hermida et al. Hypertension. 2003;42;283-90]. Por otra parte, la eliminación urinaria de albúmina (EUA) es significativamente mayor en pacientes no-dipper (pacientes con una profundidad < 10%) que en pacientes dipper. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y el potencial efecto sobre la EUA de la administración temporalizada de valsartán en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Estudiamos 200 pacientes con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (78 varones y 122 mujeres) de $50,7 \pm 13,1$ (media \pm DE) años, sin tratamiento farmacológico antihipertensivo previo, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 160 mg/día de valsartán en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente (MAPA) cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de 3 meses de intervención terapéutica. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. En todos los casos se realizó una analítica completa el día de comienzo de la MAPA, incluyendo recogida de orina durante las primeras 24 horas de MAPA.

Resultados. La significativa reducción de PA después de 3 meses de tratamiento en monoterapia con valsartán ($p < 0,001$) fue similar con las dosis matutina y nocturna (13,0 y 9,1 mmHg en la media diaria de la PA sistólica y diastólica, respectivamente, después de valsartán a la hora de levantarse; 15,6 y 10,8 mmHg cuando el valsartán se administró a la hora de acostarse). La profundidad de PA aumentó de forma significativa (4,7; $p < 0,001$) sólo después de la administración nocturna de valsartán. La EUA se redujo de forma significativa, especialmente en el grupo de tratamiento nocturno. Esta disminución en EUA es independiente de la reducción en la media de 24 horas de la PA, pero está significativamente correlacionada con el efecto del tratamiento sobre la media nocturna de la PA ($r = -0,338$, $p < 0,001$) y el consiguiente aumento de profundidad ($r = 0,406$, $p < 0,001$).

Discusión. La administración de valsartán a la hora de acostarse aumenta la profundidad de la PA con una tendencia hacia un perfil más dipper. Esto, a su vez, produce una significativa reducción adicional en EUA en comparación con la misma dosis de valsartán administrada a la hora de levantarse.

Conclusiones. Estos resultados sugieren que la conversión del patrón no-dipper a dipper podría reducir el alto riesgo cardiovascular asociado a la alteración nocturna de PA.

RV-071
PERALDOSTERONISMO PRIMARIO COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO
S. Suárez Ortega¹, J. Artiles Vizcaino¹, J. Arencibia Borrego¹, A. Conde Martel¹, J. Delgado Martínez¹, M. Arkuch Saade¹, J. Díaz² y P. Betancor León¹

¹Medicina Interna, ²Radiología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de GC.

Objetivos. El hiperaldosteronismo primario (HPAP) es la causa más frecuente de hipertensión arterial (HTA) de causa endocrina. Se presenta un estudio descriptivo del HPAP realizado en una consulta monográfica de HTA.

Material y métodos. Mil pacientes hipertensos han sido estudiados por HTA refractaria o sospecha de HTA secundaria con un protocolo general, electrocardiograma y eco abdominal. La hipokaliemia no aclarada, o el aumento de las suprarrenales por eco determinó la realización de aldosteronemia (A) y 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 s. fisiológico) para confirmar el diagnóstico de HPAP y tras ello se realizaron pruebas para definir etiología y tratamiento. La A se determinó en decúbito supino y con una dieta de 200 mEq de ClNa. En 15 pacientes se determinó la aldosteronuria. Datos recogidos y elaborados en una hoja de cálculo de Excel.

Resultados. En 30 (3%) hipertensos se demostró HPAP. La edad media fue de 52 años (intervalo 29-72). De los 30 HPAP 15 (50%) eran mujeres; seis hipertensos estaban en edad geriátrica. La PA inicial media fue de 185/107 mmHg, pasando a 134/82 tras el tratamiento. En todos los casos se demostró kaliemia inferior a 4 mEq/l (media 3,26 mEq/l, rango de 3,9 a 2,2), aldosteronemia elevada (media: 31.4 mcg/dl, rango de 65 a 17), Cociente A/ARP: (media: 123, rango de 325 a 30) ARP inferior a 0,2 ng/ml/h en 24 casos, y en el resto inferior a 1 ng/ml/h, sin cambios tras el test del captopril y Kaliuria inapropiada (media: 78.1 mEq/d, rango de 128 a 38,8). A todos los casos se le practicó TAC abdominal revelando un nódulo suprarrenal de más de un cm de diámetro en 21. De ellos en 9 casos se detectó por eco el nódulo (sensibilidad del 42%). Entre la caliemia y la PAS hubo una correlación de $r = -0,54$. En 3 casos se practicó cateterización de venas suprarrenales, mostrando incremento de la aldosterona en la suprarrenal con imagen nodular. Los 9 HPAP con suprarrenales de tamaño normal se consideraron hiperplasia suprarrenal. La suprarrenalectomía se ha realizado en 15 casos, todos por vía laparoscópica; 2 casos están pendientes de cirugía y otros 2 la han rechazado. La HTA se controló en 7 casos con cirugía, 7 con espirolactona, precisando en el resto tratamiento farmacológico antihipertensivo concomitante.

Discusión. Aunque existe una tendencia a atribuir al HPAP como causa muy frecuente de HTA surgen dudas si el espectro que abarca este concepto deben quedar limitados a casos bien definidos, estableciendo unos límites claros y excluyendo los casos que podrían incluirse en la HTA esencial con renina baja. Esta última visión es la que modula este trabajo, lo que queda matizado por el alto porcentaje de casos con síndrome de Conn.

Conclusiones. 1) La caliemia inferior a 4 mEq/l ha sido el dato más 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 (42%); 5) La suprarrenalectomía laparoscópica es la cirugía de elección en el síndrome de Conn. 6) El tratamiento específico del HPAP logra un control de la TA en sólo el 53% de los casos.

RV-079
CAMBIOS A REALIZAR EN LA ESCALA DE FRAMMINGHAM PARA UNA CORRECTA VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS E HIPERCOLESTEROLEMICOS
E. Vicente Rubio¹, P. Roig Rico¹, R. Cañizares Navarro¹, J. Merino¹, T. Amorós², T. Sánchez², V. Gil² y E. Calabuig Barbero¹

¹Medicina Interna. San Juan, Alicante. ²Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. San Juan, Alicante.

Objetivos. Modificar La Escala de Frammingham (EF) para una correcta valoración de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes españoles adultos con hipercolesterolemia e hipertensos.

Material y métodos. Estudio longitudinal, prospectivo incluyendo a 6.893 pacientes adultos hipertensos e hipercolesterolémicos en prevención primaria y tratados con fármacos en seguimientos en los Centros de Salud. La recogida de los datos realizó desde 1997 hasta 2002. Se recogieron todos los eventos cardiovasculares aparecidos 15 meses después del seguimiento. Los eventos cardiovasculares se evaluaron siguiendo las distintas guías clínicas y el daño renal y los niveles de creatinina según el Consenso Europeo del 2003. EL riesgo cardiovascular real durante un año se comparó con el riesgo estimado con la Escala de Frammingham (EF). Se consideraron 5 niveles de riesgo: Bajo (< 5% de eventos en los próximos 10 años), medio (6-10%), moderado (11-19%) elevado (20%-40%) y muy elevado (> 40%). La incidencia de eventos cardiovasculares se estudió con la tasa anual de eventos por cada 10.000 habitantes/año, así como la incidencia acumulada, ambos con un IC del 95%.

Resultados. El porcentaje de pacientes con riesgo bajo utilizando a EF fue de 0,14% y la real fue de 0,18% (IC95% 0,03-1,3), con riesgo medio 0,41% con EF y 0,2% con el real (0,07-0,53), con riesgo moderado 1,09% y el real fue de 0,14% (0,04-0,43), riesgo elevado 3,03% con EF y el real fue de 0,78% (0,48-1,25) y un riesgo muy elevado con el EF de 8% y el real fue de 1,67% (0,67-4,7). El coeficiente de correlación fue de 0,57 ($p = 0,21$) utilizando la ley de mínimos cuadrados el riesgo real sería: $EF \times 0,2094 + 0,0792$. Con esta corrección el coeficiente fue de 0,98 ($p = 0,012$).

Conclusiones. El valor de la Escala de Frammingham para un riesgo moderado sobreestima considerablemente el riesgo cardiovascular en pacientes con hipercolesterolemia e hipertensos en prevención primaria. Para obtener una buena valoración del riesgo cardiovascular es preciso un ajuste en la EF: En este trabajo se obtiene la forma de calcular el riesgo cardiovascular en este tipo de población.

RV-121
IMPACTO DEL ESTRÉS OXIDATIVO SOBRE EL DESARROLLO DE DAÑO MIOCÁRDICO EN LA HTA CRÓNICA ESENCIAL
F. Chaves¹, V. Giner², E. Rodilla³, M. Esteban², M. Tormos⁴, J. Pascual¹, G. Sáez¹ y J. Redón²

²Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ¹Unidad de Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto, Valencia. ⁴Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia.

Objetivos. El estrés oxidativo (EO) es un determinante independiente de microalbuminuria en la HTA (Giner V. J Intern Med. 2004). Queremos analizar su potencial papel como determinante de daño miocárdico en población hipertensa.

Material y métodos. A 66 hipertensos sin tto. [45,8 (11,6) años de edad, 36 varones] se les ha realizado MAPA de 24 h [PA media 105 (14) mmHg] con monitor Spacelabs 90207, y determinado el Índice de Masa Ventricular, IMV [133 (21) g/m] y Grosor Relativo de la Pared, GRP [0,44 (0,08)] mediante ecocardiografía convencional. El estudio del EO en monocitos circulantes ha comprendido: Cociente Glutacion oxidado/reducido (GSSG/GSH), malondialdehído (MDA), 8-oxo-2'-deoxiguanosina (8-Ox-dG) y ADN mitocondrial (mit) y nuclear (n), así como la actividad de los principales sistemas antioxidantes enzimáticos.

Resultados. El GRP, pero no el IMV, se ha relacionado con los niveles de MDA [$p = 0,01$] y 8-Ox-dG mit [$p = 0,01$]. En comparación con los pacientes sin remodelado (RVI), los 26 (41%) con él mostraron mayores niveles de MDA [$p = 0,005$] y GSSG/GSH [$p = 0,002$]. Aunque sin significación estadística [$p = 0,08$], la presencia de RVI se asoció a mayores niveles de 8-Ox-dG mit. No se han hallado diferencias significativas en los niveles de actividad antioxidante enzimática. El análisis multivariado revela que los niveles de MDA y de PAM 24 h explican el 24% de la varianza del GRP.

Discusión. Los resultados son concordantes con los publicados en ratas, donde la actividad de la NADPH se relaciona con la presencia de RVI pero no HVI (Iglarz M. Am J Hypertens. 2004). La relación independiente del EO con el daño miocárdico y renal en la HTA lo sitúa en la base fisiopatológica común del daño vascular en la HTA.

Conclusiones. En la HTA el EO incrementado es un factor determinante del daño miocárdico precoz independiente de PA. La relación entre EO y daño orgánico, constituye a este en un potencial marcador global de lesión vascular precoz en la HTA crónica esencial.

TROMBOSIS

T-008

EFECTO DE LA HIPERHOMOCISTEINEMIA Y DE LA MUTACIÓN DE LA METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA 677C->T EN EL RIESGO DE TROMBOEMBOLIA VENOSA EN ADULTOS JÓVENES ESPAÑOLES

A. Coto¹, A. Igarzabal¹, M. Yebra¹, C. Fernández Miranda¹, J. Martínez², P. Gómez³ y A. Gómez⁴

¹Medicina Interna, ²Hematología, ³Bioquímica, ⁴Unidad de Epidemiología Clínica. Doce de Octubre. Madrid.

Objetivos. Conocer si la hiperhomocisteinemia y la mutación MTHFR 677C-> T se asocian a la tromboembolia venosa en adultos jóvenes españoles

Material y métodos. Se estudiaron 100 pacientes adultos menores de 50 años y 177 controles con edad y sexo similar. En los pacientes y controles se estudiaron los valores de homocisteína (inmunoanálisis de fluorescencia polarizada) y las mutaciones de la MTHFR (PCR en tiempo real), en los pacientes se estudiaron además otros factores trombogénicos (proteínas C y S, antitrombina, etc...) por métodos coagulativos o colorimétricos. Análisis estadístico: *t* de Student para variables cuantitativas, chi cuadrado y prueba exacta de Fisher para variables cualitativas, análisis de regresión logística para asociación de hiperhomocisteinemia y tromboembolia venosa y mutación MTHFR, se llevó a cabo un segundo análisis ajustando por edad y sexo; la magnitud de la asociación se expresa en forma de odds ratio con intervalo de confianza de 95%. Se consideró significación estadística una $p < 0,05$.

Resultados. Se comprobó la existencia de hiperhomocisteinemia en el 21% de los pacientes y en el 3,3% de los controles ($p < 0,001$). La mutación MTHFR 677C-> T en el 25% y el 14,7% de ambos grupos respectivamente ($p = 0,03$). La odds ratio de tromboembolia venosa en los pacientes fue de 7,5 (IC del 95%, 2,9-19,2; $p < 0,001$) y en los pacientes con la mutación de la MTHFR fue de 1,9 (IC del 95%, 1,1-3,5; $p = 0,03$). En el subgrupo de los 76 pacientes sin presencia de factores trombogénicos persistía la asociación entre tromboembolia venosa e hiperhomocisteinemia, no sucediendo lo mismo con la existencia de la mutación MTHFR 677C-> T.

Discusión. Hay pocos estudios en nuestro país en los que se analice la relación entre tromboembolia venosa (TEV) e hiperhomocisteinemia, el número de pacientes es menor que en el nuestro y sin límite de edad. según el análisis de regresión logística esta relación (hiperhomocisteinemia y TEV) persiste al analizar por separado los pacientes con y sin factores trombogénicos, lo que es similar a los datos de otros estudios de pacientes jóvenes con hiperhomocisteinemia moderada. Los pacientes homocigotos tenían una homocisteína más elevada que los portadores de otros genotipos y que los controles, existe asociación entre homocigosidad y TEV, que desaparece

al separar a los pacientes con y sin factores trombogénicos, demostrando que es la hiperhomocisteinemia pero no la mutación MTHFR 677C-> T la que se asocia con TEV.

Conclusiones. 1) Las concentraciones de homocisteína son más elevadas en pacientes adultos jóvenes con tromboembolia venosa. 2) La prevalencia de hiperhomocisteinemia es mayor en estos pacientes. 3) La prevalencia de la mutación del gen de la MTHFR 677 C-> T es más elevada en los pacientes. 4) Las concentraciones de homocisteína están aumentadas en los pacientes que presentan la mutación del gen de la MTHFR 677C-> T. 5) La hiperhomocisteinemia se asocia a la tromboembolia venosa tanto en presencia como en ausencia de otros factores trombogénicos. 6) No se evidencia asociación de la mutación MTHFR 677 C-> T con la tromboembolia venosa.

T-011

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS TROMBOSIS VENOSAS PROFUNDAS LOCALIZADAS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES: OBSERVACIONES OBTENIDAS A PARTIR DEL REGISTRO RIETE

F. Muñoz Rodríguez¹, J. Tricas¹, A. Raventós², C. Falgá³, F. García Bragado⁴, J. Vilaseca¹ y el Grupo RIETE

¹Medicina Interna. Hospital de Mollet. Mollet del Vallès, Barcelona. ²Medicina Interna. Hospital Municipal. Badalona, Barcelona. ³Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Mataró, Barcelona. ⁴Medicina Interna. Hospital Josep Trueta. Girona.

Objetivos. 1) Conocer la prevalencia de la tromboembolia venosa localizada en las extremidades superiores (EES) en nuestro medio. 2) Analizar las características clínicas, los factores de riesgo y las técnicas diagnósticas utilizadas. 3) Conocer el tratamiento administrado tanto en la fase aguda como de mantenimiento. 4) Saber la evolución de estos pacientes a los 3 meses de seguimiento.

Material y métodos. Los resultados se han obtenido del Registro Informatizado de Enfermedad Tromboembólica en España (RIETE). En el mismo se han ido introduciendo de forma consecutiva casos de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) objetivamente confirmados en diferentes centros españoles desde marzo de 2001. Se seleccionaron los casos de Trombosis Venosa Profunda (TVP) localizada en las EES introducidos hasta junio de 2005. Se efectuó en todos los casos un seguimiento mínimo de 3 meses. Se realizó un estudio comparativo con los casos de TVP en extremidades inferiores (EEII), así como un análisis uni y multivariado para conocer las variables asociadas con la mortalidad.

Resultados. Se registraron 399 casos de TVP en las EES (4% del total de episodios de TVP). El 59% fueron hombres y la edad media fue de 53 (DE 19) años. Clínica: se asoció a un TEP en el 9% de los pacientes. El 82% refería dolor en la extremidad y el 97% presentó tumefacción. Sólo el 3% fue bilateral. Diagnóstico: la ecografía-doppler se solicitó en el 74% de los pacientes y mostró la TVP en el 98%. La segunda exploración más solicitada fue la venografía (31%) y fue positiva en el 99%. El Dímero-D sólo se determinó en el 39% de los casos y fue positivo en el 79%. Factores de riesgo: La TVP se asoció a un dispositivo intravascular en el 45% de los pacientes. Los principales factores de riesgo fueron: neoplasia (36%), inmovilización (16%), cirugía (13%) y antecedente de ETV (8%). Estudio de trombofilia: Se efectuó una búsqueda activa en el 20% de los casos y fue positiva en el 37% de los pacientes estudiados. Tratamiento: en la fase aguda se realizó tratamiento fibrinolítico en el 3% de los pacientes, el 90% recibió inicialmente HBPM y el 6% HNF. Se efectuó el paso a anticoagulantes orales en el 52% de los pacientes. Seguimiento: Hubo recidiva de la ETV en el 6%, el 7% sufrió alguna hemorragia y la mortalidad fue del 14%. Las variables independientes asociadas con mortalidad en el análisis univariante fueron: edad (59 vs 52 años, $p = 0,002$), neoplasia (33% vs 3%, $p < 0,0001$), complicaciones hemorrágicas (35% vs 12%, $p < 0,0001$) y la recidiva de ETV (36% vs 13%, $p = 0,006$). En el multivariante sólo el cáncer mantuvo la significación estadística (OR 15,2 IC95% 6,9-33,3). Comparación con las TVP en EEII: Los pacientes con TVP en EES eran más jóvenes (53 vs 66 años, $p < 0,0001$), se asociaron menos frecuentemente a un TEP (9% vs 28%; $p < 0,0001$), la mortalidad fue superior (14% vs 10%, $p = 0,007$), así como la prevalencia de neoplasia (36% vs 20%, $p < 0,0001$), mien-

tras que el antecedente de ETV fue superior entre aquellos con TVP en EEII (17% vs 8%, $p < 0,0001$). El tratamiento fibrinolítico fue utilizado más frecuentemente en la fase aguda de la TVP en EESS (2,8% vs 0,9%, $p = 0,001$) mientras que el paso a anticoagulantes orales se realizó en menor número de pacientes (52% vs 72%, $p < 0,0001$).

Conclusiones. 1) Los pacientes con TVP en EESS son más jóvenes que aquellos con TVP en EEII, se asocian menos frecuentemente con TEP y tienen una mayor mortalidad. 2) La variable asociada con su mortalidad a los 3 meses de seguimiento fue el cáncer. 3) Los principales factores de riesgo son los dispositivos intravasculares y cáncer. 4) La fibrinólisis se utiliza con más frecuencia en la fase aguda pero hay un menor paso a anticoagulantes orales que en la TVP de EEII.

T-019

VARIACIONES DE LOS NIVELES DE POTASIO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN TRATAMIENTO CON BEMIPARINA PROFILÁCTICA

N. Hernández De Sosa¹, O. Torres Bonafonte¹, E. Francia¹, M. Barceló¹, J. Rodríguez², J. Mateo³ y D. Ruiz¹

¹Medicina Interna, ²Bioquímica, ³Hematología. Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Estudiar las variaciones de los niveles séricos de potasio (K) y la presencia de hiperpotasemia en pacientes ingresados en tratamiento con bemiparina a dosis profilácticas (2.500 ui o 3.500 ui/d sc).

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en sala de Medicina Interna en tratamiento con bemiparina, sin suplementos de potasio y con $K < 5,5$ mmol/l. Se registró: K pre-dosis, K entre 5^o-8^od, los casos de hiperpotasemia ($K > 5,5$ mmol/l), aclaramiento de creatinina, comorbilidad, tratamiento concomitante. En el análisis estadístico se utilizó el test de T de Student para datos apareados.

Resultados. Se incluyeron 137 pacientes, 49% varones. La edad media fue $81,5 \pm 11,2$ (IC95%: 79,6-83,4) y el aclaramiento de creatinina (Cockcroft) fue de $51,6 \pm 23,4$ (IC95%: 47,7-55,6). Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión en el 45,3%, EPOC 35% y diabetes 21,9% (I. Charlson: $1,8 \pm 1,8$). Se administró dieta hiposódica en el 55,5%, diuréticos 48,2%, corticoides 40,9% e IECAs o ARA II 43,8%. Los niveles de K pre-dosis fueron de $4,1 \pm 0,5$ mmol/l (IC95%: 4-4,2) y el K control fue $4,3 \pm 0,6$ (IC95%: 4,2-4,4) ($p < 0,01$). Se detectaron 3 casos de hiperpotasemia (2,2%), con $K 6,1 \pm 0,6$ mmol/l (rango: 5,53-6,72), en ningún paciente existieron repercusiones clínicas o electrocardiográficas. En todos los casos se atribuyó la hiperpotasemia a IECAs y/o insuficiencia renal.

Discusión. Es bien conocido que la heparina no fraccionada puede producir hiperpotasemia al inhibir la producción de aldosterona. Se observa incluso con dosis bajas, iniciándose entre el 2^o-3^o días de tratamiento y siendo evidente en el 4^o-6^o. Algunos estudios apuntan que las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) se comportarían de forma similar, si bien no se ha demostrado en todos los estudios ni con todas las HBPM. Este efecto es más frecuente en pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia renal o que reciben fármacos que pueden producir hiperpotasemia. Todos estos factores son muy prevalentes en los pacientes ingresados en las salas de Medicina Interna, donde además se utiliza rutinariamente HBPM para profilaxis tromboembólica. En nuestro estudio, se ha observado que los niveles de K aumentan de forma estadísticamente significativa tras el inicio de bemiparina, si bien la diferencia es pequeña en números absolutos ($0,19 \pm 0,6$ mmol/l) y raramente repercutirá en la práctica clínica. Se ha detectado hiperpotasemia en el 2,2% de los pacientes, siendo comparable al 2,4% descrito en el estudio de Gheno et al en pacientes tratados con enoxaparina y menor al 4% descrito con heparina no fraccionada a dosis profilácticas. En todos los casos la hiperpotasemia fue atribuible claramente a causas no relacionadas con la bemiparina y no existieron repercusiones clínicas.

Conclusiones. En los pacientes en tratamiento con bemiparina a dosis profilácticas se objetiva un discreto aumento de los niveles séricos de potasio. Se observó hiperpotasemia en el 2,2% de los pa-

cientes, si bien se atribuyó a IECAs y/o insuficiencia renal en todos los casos. Aunque la frecuencia de hiperpotasemia en los pacientes tratados con bemiparina profiláctica sea baja, es recomendable monitorizar los niveles de K en los pacientes con insuficiencia renal o ingesta concomitante de fármacos que alteren los niveles de K.

T-022

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO: DATOS DEL RIETE

A. Blanco Molina¹, J. Trujillo Santos², C. Rubio Sánchez¹, L. López¹, R. Gutiérrez³, R. Lecumberri⁴, M. Monreal⁵ y Grupo RIETE

¹Medicina Interna. Reina Sofía. Córdoba. ²Medicina Interna. Santa María del Rosell. Cartagena, Murcia. ³Hematología. Valme. Sevilla. ⁴Hematología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. ⁵Medicina Interna. Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Analizar las características clínicas y la evolución de la Enfermedad Tromboembólica venosa (ETE) relacionada con el embarazo y el puerperio y compararlas con las del grupo de mujeres sin este antecedente de riesgo.

Material y métodos. Se analizan las variables de las mujeres embarazadas y puerperas con tromboembolismo venoso incluídas en el Registro de Enfermedad Tromboembólica (RIETE) y se comparan con las de las mujeres de su misma edad. Este es un registro prospectivo en el que se incluyen consecutivamente los pacientes con ETE sintomática, objetivamente confirmada.

Resultados. En mayo del 2005 estaban incluídos en el RIETE 11.630 pacientes, de los cuales 844 (7,3%) eran mujeres con edad < 47 años. De éstas, en el momento del diagnóstico del tromboembolismo venoso, 68 (8,1%) estaban embarazadas, 64 (7,6%) eran puerperas y 712 no tenían ninguna de las dos circunstancias. La mayoría de las enfermas en los tres grupos (96%, 92% y 87%) fueron tratadas inicialmente con heparina de bajo peso molecular (HBPM). En el tratamiento a largo plazo se utilizó HBPM en el 76% de las gestantes y anticoagulantes orales en los otros dos grupos. Durante los tres meses de seguimiento no se observaron diferencias en el número de recurrencias de ETE (1,5%, 1,6% y 1,3% respectivamente) o de hemorragias mayores (0, 1,6% y 0,6%). Ninguna mujer embarazada o puerpera desarrolló fracturas óseas, trombopeenia sintomática o muerte. Sólo una de las 3 pacientes de los grupos embarazo y puerperio que presentó complicaciones era portadora de trombofilia. No se observaron alteraciones fetales o neonatales relacionadas con la anticoagulación materna.

Discusión. La ETE en el embarazo y puerperio no es más grave que en mujeres de la misma edad. La ausencia de mortalidad puede ser debida a la baja comorbilidad y a la forma de presentación menos severa. No se han observado efectos adversos relacionados con el tratamiento prolongado con HBPM.

Conclusiones. El tratamiento anticoagulante largo plazo de la ETE es seguro y eficaz en las mujeres embarazadas y con puerperio. Las pacientes con trombofilia no muestran una peor evolución.

T-023

FIABILIDAD DEL CMBD EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

R. Barba, M. Velasco Arribas, C. Guijarro Herraiz, J. Losa García, V. Castilla, L. Moreno Núñez, B. Herreros y A. Zapatero

Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La base de datos administrativa que recoge el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) incorpora la codificación de la 9^a revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-9-MC) para diagnósticos y procedimientos terapéuticos, quirúrgicos y obstétricos que figuran en la historia clínica y particularmente en el informe médico de alta. Dado que se trata de una base administrativa puede estar sujeta a errores de interpretación o transcripción. Algunos estudios epidemiológicos y clínicos basan sus datos en dicha base, por ello tiene interés conocer la fiabilidad de la misma.

Material y métodos. La obtención de los datos del presente trabajo procede del cruce de la base de datos CMBD de la Fundación Hospital Alcorcón para los años 1999-2003 con la base propia del Servicio de Medicina Interna que contiene todos los casos de Enfermedad Tromboembólica (ETV) ingresados en el hospital en ese mismo período de tiempo. En esta última base se incluyeron sólo los episodios con diagnóstico objetivo (ecografía, flebografía, gammagrafía, TAC helicoidal, arteriografía o datos de la autopsia). Se analizaron las historias clínicas de las discrepancias (casos que aparecían en el CMBD y no en la base de datos propia) con el fin de determinar cual eran las causas de dichas discrepancias.

Resultados. El CMBD registró 846 casos de ETV en el período de tiempo analizado. Los casos discrepantes fueron 81 (9,5%). Las causas de dichas discrepancias fueron: 36 (4,6%) sospechas diagnósticas expresadas por el médico en su informe de alta y no confirmadas por métodos objetivos, 11 (1,3%) interpretaciones de ETV actual un antecedente personal, 34 (4%) errores de codificación. Entre los errores más frecuentes destaca la codificación como ETV de flebitis secundarias a catéteres (11 casos 32% de los errores).

Discusión. En nuestro centro las discrepancias entre la codificación de la enfermedad tromboembólica y la realidad es pequeña. Si tenemos en cuenta que en algunos casos el diagnóstico no se puede confirmar por métodos objetivos (gravedad del paciente, causa de la muerte), sólo el 5,3% de los diagnósticos serían un error. De estos errores algunos son debidos a la no diferenciación en el informe de la patología actual y la previa. Otros por mala interpretación de un diagnóstico (flebitis como trombosis venosa), y un porcentaje muy pequeño, un 2,7% errores de transcripción.

Conclusiones. El CMBD de nuestro centro parece una herramienta adecuada para la realización de estudios epidemiológicos ya que la fiabilidad es muy alta.

T-029

USO EFICIENTE DE LA PROFILAXIS CON HBPM EN SERVICIOS MÉDICOS DE UN HOSPITAL DEL SSPA DEL TIPO B: SEGÚN LAS INDICACIONES DE LA GUÍA PRETEMED 2003

F. Gómez Soto, J. Bernal Bermúdez, J. Puerto, B. Domínguez, J. González Outón, J. Fernández Delgado, S. Romero Salado y F. Gómez Rodríguez

Medicina Interna. Universitario de Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Objetivos. Valorar el uso eficiente de la profilaxis con HBPM en los diferentes Servicios Médicos de nuestro Centro según las indicaciones de la Guía PRETEMED (Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en patología Médica) 2003. Valoración de factores patológicos, constitucionales, hábitos de vida e iatrogénicos que favorecen la aparición de Enfermedad Tromboembólica en los pacientes ingresados en servicios Médicos.

Material y métodos. Estudios descriptivos transversales realizados el primero en febrero-05 en época de alta frecuentación hospitalaria, y el segundo en marzo-05, valorando los pacientes ingresados en el día del estudio en los diferentes Servicios Médicos del Centro (Cardiología, Digestivo, Endocrino, Hematología, Infecciosos, M. Interna, Nefrología, Neumología, Neurología y Oncología), realizando en el período intermedio una actuación docente sólo sobre los facultativos dependientes del servicio de M. Interna. Las variables a estudiar son: Porcentaje de uso eficiente de profilaxis con HBPM, Porcentaje y causa de tratamiento inadecuado, Promedio de número de factores patológicos por paciente en los diferentes Servicios Médicos, Valoración descriptiva de factores patológicos, constitucionales, hábitos de vida e iatrogénicos relacionados con la incidencia de enfermedad tromboembólica.

Resultados. Uso eficiente global de HBPM en el primer corte (66,21%), segundo corte (71,11%). Habiendo aumentado la eficiencia en el Servicio sobre el que se realizó la actuación docente, del 71,73% al 80%. No pudiendo asegurar que sea el motivo de esta mejora, debido a la mejora producida en la mayoría del resto de Servicios, sin embargo, sí podemos achacar de forma estadísticamente significativa a la modificación del promedio de factores patológicos por paciente, que estaría relacionado de una forma directa-

mente proporcional a la eficiencia en la profilaxis en la mayoría de los casos. Dentro del uso inadecuado es más prevalente la sobredosificación (44% en primer corte, 48,78% en el segundo), a continuación se observa la no realización de profilaxis cuando está indicada, en un 36% y un 21,95% respectivamente. El Promedio de factores patológicos por paciente es mayor de forma manifiesta en Medicina Interna, Cardiología, Neumología y Nefrología, siendo también mayores los ingresos, y la eficiencia global. Destacan entre los factores que predisponen a la enfermedad tromboembólica: ICC, infección agudagrave y EPOC descompensado, las tres en clara relación con el período de alta frecuentación. Las neoplasias, insuficiencia renal crónica, edad mayor a 60 años, encamamiento mayor a 5 días, sobrepeso y tabaco lo hacen de forma indiferente en ambos cortes.

Conclusiones. Como es habitual en los trabajos que en bibliografía podemos encontrar sobre actuaciones docentes que intentan modificar pautas de actuación clínica, el resultado es negativo. Una vez más, no se puede asegurar que inferencias docentes puntuales puedan mejorar la calidad de la asistencia. En conclusión tras este estudio sólo podemos asegurar que la complejidad del paciente ingresado, es decir, promedio de factores patológicos por paciente, es lo que hace mejorar en la eficiencia en la profilaxis con HBPM, siendo los resultados similares entre ambos grupos de facultativos independientemente de la actuación docente realizada.

T-037

DOSIS SUBTERAPÉUTICAS DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR (HBPM) EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETE)

M. J. Bruscas Alijarde¹, J. A. Nieto Rodríguez¹, O. Belinchón Moya¹, N. Ruiz Giménez², J. del Toro Cervera³, J. Moreno Palomares⁴, R. Guijarro Merino⁵ y Grupo RIETE

¹Medicina Interna. Virgen de la Luz. Cuenca. ²Medicina Interna. Hospital Univ. de la Princesa. Madrid. ³Medicina Interna. Hospital Univ. Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Medicina Interna. Hospital General. Segovia. ⁵Medicina Interna. Hospital Univ. Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. Evaluar la evolución de los pacientes tratados con dosis subterapéuticas de HBPM (60-149 UI/kg), frente a las recomendadas para el tratamiento de la ETE (≥ 150 UI/kg).

Material y métodos. Análisis de los datos del Registro «RIETE» (Registro Informatizado de Enfermedad Tromboembólica), sobre pacientes consecutivos diagnosticados por pruebas de imagen de Trombosis Venosa Profunda (TVP) de extremidades inferiores y/o Embolia Pulmonar (EP) y seguidos durante un mínimo de tres meses.

Resultados. Hasta julio de 2005 se habían incluido en RIETE 12.302 pacientes, de los cuales 10.524 fueron diagnosticados de TVP de extremidades inferiores o EP y tratados durante la fase aguda exclusivamente con HBPM. De ellos, 1.547 (14,5%) pacientes recibieron dosis de HBPM entre 60 y 149 UI/kg de HBPM (media 122 UI/kg) y 8.977 dosis ≥ 150 UI/kg (media 191 UI/kg). Los pacientes tratados con dosis subterapéuticas recibieron con mayor frecuencia tratamiento ambulatorio (26,7% vs 12,5%) y filtros en la vena cava inferior (2,4% vs 1,2%), tuvieron en el mes anterior más hemorragias graves (4,3% vs 1,6%), tenían menos EP (28,8 vs 42,5%), más TVP distal (19,4% vs 16,6%), mayor frecuencia de insuficiencia renal (15,6% vs 13%) y menor edad (63,3 vs 65,7 años); $p < 0,05$ para todas las diferencias. No hubo diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los dos grupos con respecto a la mortalidad (7,7% vs 7,8%), recurrencia (2,7% vs 2,3%) o hemorragia grave (3,2% vs 2,6%). El número total de hemorragias fue mayor en el grupo tratado con dosis subterapéuticas (6,3% vs 4,6%; $p < 0,009$). En el análisis multivariante, controlando las variables de mayor importancia pronóstica y evolutiva, no se encontró una asociación significativa entre el uso de dosis subterapéuticas de HBPM con mortalidad, recurrencia o hemorragia durante los tres primeros meses de evolución.

Conclusiones. En la práctica clínica, la HBPM a dosis subterapéuticas se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con formas menos graves de ETE, con antecedentes de hemorragia grave reciente o

insuficiencia renal, sin que su uso se asocie a mayor recurrencia o mortalidad.

T-044

VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTE MÉDICOS AMBULATORIOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL (IMPLAN-PRETEMED): RESULTADOS PRELIMINARES

M. González de la Puente¹, F. Medrano¹, C. Alonso², A. Romero², J. Santos³, E. de Villar², J. Varela¹ e I. Marín^{2*}

¹Servicio Medicina Interna (UCAMI). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. ³Centro de Salud. San Pablo. Sevilla.

Objetivos. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) constituye la causa de muerte evitable más frecuente en el medio hospitalario. Se ha demostrado que la profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) disminuye su incidencia en pacientes hospitalizados con patologías médicas. Sin embargo, se desconoce cual es el riesgo en pacientes ambulatorios con factores de riesgo médico para esta enfermedad. Actualmente hay disponible una guía basada en la evidencia de profilaxis de la ETE en pacientes médicos (Guía PRETEMED), que permite de forma explícita el cálculo del riesgo global de cada paciente cuando concurren varios factores de riesgo. Los objetivos del presente estudio fueron: (i) conocer la estratificación del riesgo global de ETE en pacientes ambulatorios atendidos domiciliariamente por patología médica; (ii) evaluar en este subgrupo de pacientes la indicación de trombopprofilaxis con HBPM.

Material y métodos. Diseño: estudio observacional prospectivo de ámbito nacional (1-3-04 a 30-3-05). Metodología: se realizó un muestreo aleatorio simple de centros de salud (CS) del sistema nacional de salud. En cada CS seleccionado se incluyó un médico de atención primaria (AP) que realizando visitas domiciliarias aceptara participar en el estudio. Criterios de inclusión: pacientes consecutivos con patología médica atendidos en su domicilio por médicos de AP que aceptaran participar en el estudio. Criterios de exclusión: (i) contraindicación para anticoagulación; (ii) profilaxis de ETE por patología quirúrgica; (iii) anticoagulación al inicio del estudio. Intervención: evaluación mediante encuesta estandarizada de (i) factores de riesgo no quirúrgicos de ETE; (ii) cálculo del riesgo ajustado (RA) de ETE según la Guía PRETEMED (suma ponderada de factores de riesgo indicativa de alto riesgo para valores de RA ≥ 4 y de riesgo intermedio-bajo para RA < 4); (iii) indicación de trombopprofilaxis con HBPM.

Resultados. En el estudio participaron 577 médicos de AP pertenecientes a CS de 49 de las 52 provincias españolas. Se incluyeron un total de 2.003 pacientes (45% hombres, edad media 68,2 \pm 13,7 años, rango 15-100 años). De ellos presentaban alto riesgo de ETE (RA ≥ 4) 1.841 casos (94,5%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron: Procesos médicos: EPOC (29,2%), insuficiencia cardíaca (26%), neoplasia (13,5%), paresia de MMII (16,8%), AVC (10,6%), infección aguda grave (10,3%); Manipulaciones locales: ETE previa (10%), férula-vendaje (18,2%); Factores constitucionales: edad > 60 (79,6%), obesidad (44,4%), tabaquismo (21,1%), encamamiento > 4 días (61,4%) La indicación de trombopprofilaxis con HBPM se realizó globalmente en 1.806 (92,6%) de los 1.949 pacientes evaluables.

Discusión. El presente estudio describe por primera vez en nuestro país el perfil de riesgo y la profilaxis de ETE en pacientes ambulatorios con patología médica atendidos domiciliariamente en AP. La indicación de trombopprofilaxis posiblemente esta sesgada por el efecto de intervención inherente al estudio.

Conclusiones. 1) En España los pacientes con patología médica atendidos domiciliariamente en atención primaria tienen una elevada prevalencia de factores de riesgo de ETE. 2) En el presente estudio se demuestra que la utilización de la trombopprofilaxis con HBPM es frecuente en este grupo de pacientes tras la difusión de una guía específica.

(*)en nombre del grupo IMPLAN-PRETEMED. Red Temática de Investigación Cooperativa en MBE (FIS-G03/90). Soporte técnico: Dynamic S.A. y Sanofi-Aventis.

T-045

VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTE MÉDICOS HOSPITALIZADOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL (IMPLAN-PRETEMED): RESULTADOS PRELIMINARES

J. Varela¹, F. Medrano¹, C. Alonso², A. Romero², E. de Villar², I. Marín², E. Calderón¹ y M. González de la Puente^{1*}

¹Servicio Medicina Interna (UCAMI). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio Medicina Interna. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Objetivos. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es la causa de muerte evitable más frecuente en el medio hospitalario. Se ha demostrado que la trombopprofilaxis (TPFX) con heparina de bajo peso molecular (HBPM) disminuye su incidencia en pacientes hospitalizados con patologías médicas en los cuales suelen concurrir varios factores de riesgo. No obstante, la manera de cuantificar el riesgo acumulado de esta asociación de factores es aún desconocida. Recientemente hemos desarrollado una guía de profilaxis de la ETE en pacientes médicos basada en la evidencia (Guía PRETEMED), que permite el cálculo del riesgo global de cada paciente cuando concurren varios factores de riesgo. Los objetivos del presente estudio fueron: conocer en nuestro país la tasa de indicación de TPFX con HBPM en pacientes hospitalizados por patología médica en riesgo de ETE tras la disponibilidad de una guía que actúa como recordatorio; evaluar en este subgrupo de pacientes la seguridad de una aproximación sistemática a la TPFX de la ETE.

Material y métodos. Diseño: estudio de cohortes de ámbito nacional. Metodología: muestreo aleatorio simple de centros hospitalarios del SNS incluyendo hospitales de 1º, 2º y tercer nivel. Criterios de inclusión: pacientes con patología médica hospitalizados en riesgo de ETE, atendidos de forma consecutiva por cada investigador y que aceptaran participar en el estudio. Criterios de exclusión: contraindicación para anticoagulación; TPFX de ETE por patología quirúrgica; anticoagulación al inicio del estudio. Intervención: evaluación mediante encuesta estandarizada de: factores de riesgo no quirúrgicos de ETE; cálculo del riesgo ajustado (RA) de ETE según la Guía PRETEMED (suma ponderada de factores de riesgo indicativa de alto riesgo para valores de RA ≥ 4 y de riesgo intermedio-bajo para RA < 4); indicación de TPFX con HBPM; tasa de complicaciones y eventos clínicos al mes del ingreso.

Resultados. Participaron 54 investigadores pertenecientes a 38 hospitales de 11 CC.AA. Se incluyeron un total de 504 pacientes (51,6% varones, edad media 75,7 \pm 32,6 años, rango 17-100 años). De ellos presentaban alto riesgo de ETE 476 casos (94,4%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron: Procesos médicos: infección aguda grave (39,5%), insuficiencia cardíaca (34,5%), EPOC (32,7%), neoplasia (13,9%), AVC (12,1%). Factores locales: catéter venoso central (8,3%), TVP previa (5,8%). Factores constitucionales: edad > 60 (90,1%), encamamiento > 4 días (73,8%), obesidad (34,3%), tabaquismo (18,1%). La indicación de TPFX con HBPM se realizó globalmente en 486 (96,4%) de los 504 pacientes, siendo en pacientes de alto riesgo (RA ≥ 4) del 98,1% y en pacientes de intermedio-bajo riesgo (RA < 4) del 67,9%. Durante el seguimiento se registraron 5 casos de hemorragia mayor (1%), 56 casos hemorragia menor (11,1%) y 6 casos de ETE (1,2%) con un solo tromboembolismo pulmonar.

Discusión. En el presente estudio se describe por primera vez en nuestro país el uso y adecuación de la TPFX con HBPM en pacientes hospitalizados por patología médica en riesgo de ETE.

Conclusiones. 1) En España se establece de forma rutinaria profilaxis con HBPM en pacientes médicos hospitalizados con riesgo de ETE, sin objetivarse una clara adecuación entre la indicación y el umbral de riesgo establecido por una guía de práctica clínica actualizada. 2) La frecuente utilización de TPFX en pacientes médicos hospitalizados de riesgo explica la baja tasa de eventos tromboembólicos observada en el presente estudio, con una escasa incidencia de efectos adversos mayores.

(*) en nombre del grupo IMPLAN-PRETEMED. Red Temática de Investigación Cooperativa en MBE (FIS-G03/90). Soporte técnico: Dynamic S.A. y Sanofi-Aventis.

VARIOS

V-001

EFFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y FARMACOECONOMÍA DE BEMIPARINA EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: ESTUDIO «ESFERA»

S. Juárez Alonso¹, A. Reche García², A. Santamaría Ortiz³, A. Gómez Outes⁴, J. Martínez González⁴ y J. Fontcuberta Boj³

¹Unidad de Corta Estancia. Hospital de la Paz. Madrid.
²Servicio de Hematología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.
³Servicio de Hematología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
⁴Departamento Médico. Laboratorios Farmacéuticos Rovi. Madrid.

Objetivos. Evaluar la efectividad, seguridad y farmacoeconomía de bemiparina en el tratamiento ambulatorio de la trombosis venosa profunda (TVP) con o sin embolismo pulmonar (EP).

Material y métodos. Estudio prospectivo, abierto, multicéntrico, no aleatorizado, observacional. Se evaluó la incidencia de tromboembolismo venoso (TEV) recurrente sintomático confirmado por métodos objetivos, hemorragias, trombocitopenia y muerte a los 10 días (fase inicial) y 3 meses (seguimiento), tanto en el tratamiento ambulatorio como hospitalario. Durante la fase inicial se administró una dosis única diaria subcutánea de bemiparina: < 50 kg: 5.000 UI; 50-70 kg: 7.500 UI; 70-100 kg: 10.000 UI; > 100 kg: 115 UI/kg. Durante el seguimiento, los pacientes recibieron bemiparina, anticoagulantes orales (ACO), antiagregantes o no siguieron profilaxis secundaria, a criterio de los investigadores. Se realizó un análisis farmacoeconómico del tratamiento ambulatorio vs. hospitalario en el que se compararon los costes medios de estancia hospitalaria, farmacia, visitas de seguimiento y complicaciones durante 3 meses.

Resultados. Se incluyeron 601 pacientes en 54 centros españoles (83% de segundo nivel). Un total de 583 pacientes fueron evaluables para seguridad y 546 para efectividad. El 74,4% (434/583) fueron tratados en régimen ambulatorio y el 25,6% (149/583) en régimen hospitalario; la TVP se localizó en miembros inferiores (572: 291 proximales y 281 distales), miembros superiores (7), cuello (3) y pelvis (1); la TVP se acompañó de EP basal en 19 casos (3,3%). Un total de 270 pacientes (46,3%) tenían antecedentes de insuficiencia venosa crónica, 257 (44,1%) eran > 70 años, 250 (42,9%) presentaban inmovilización prolongada, 134 (23%) tenían antecedentes de TEV previo y 76 (13%) presentaban cáncer. El 49,1% tenía 2 o más factores de riesgo. Los resultados de efectividad y seguridad se muestran en la tabla 1. Durante el seguimiento, hubo 2 casos de TEV recurrente adicionales, los dos entre los 130 pacientes que no recibieron profilaxis secundaria. Los pacientes en profilaxis secundaria con bemiparina (n = 279) presentaron menos sangrados mayores (0,4% vs 1,7%; p = 0,047) y totales (1,4% vs 5,2%; p = 0,041) que los que recibieron ACO (n = 116), así como una menor incidencia de eventos adversos (2,5% vs 6,9%; p = 0,02). Seis pacientes fallecieron durante este período por causas no relacionadas con la medicación. El análisis farmacoeconómico mostró un coste significativamente menor del tratamiento ambulatorio vs. hospitalario (p < 0,001), debido fundamentalmente al ahorro de costes de hospitalización y menor número de complicaciones.

Conclusiones. Bemiparina es efectiva en el tratamiento ambulatorio de la TVP, con o sin EP, y más segura que los ACO en la prevención secundaria de la recurrencia en la práctica diaria.

Tabla 1. Efectividad y seguridad durante la fase inicial de tratamiento ambulatorio y hospitalario.

| Eventos | Total | Tto. ambulatorio | Tto. hospitalario | P-valor |
|---------------------------|---------------|------------------|-------------------|---------|
| TEV recurrente confirmado | 0,2% (1/546) | 0% (0/404) | 0,7% (1/142) | 0,26 |
| Sangrados totales | 1,9% (11/583) | 1,6% (7/434) | 2,7% (4/149) | 0,30 |
| Muertes | 0,3% (2/583) | 0,2% (1/434) | 0,7% (1/149) | 0,45 |
| Trombocitopenia | 0,2% (1/583) | 0% (0/434) | 0,7% (1/149) | 0,26 |
| Total | 2,4% (14/583) | 1,8% (8/434) | 4,0% (6/149) | 0,12 |

V-020

CORTOCIRCUITO DERECHA-IZQUIERDA: ALGO MÁS QUE ICTUS CRIPTOGENICO

O. Blasco¹, J. Álvarez¹ R. Pérez Quintero¹ G. Lanzas², O. Rubio² y P. Laynez³

¹Unidad de Neurosonología y Hemodinámica Cerebral, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Hospiten-Rambla. Santa Cruz (Tenerife-Islas Canarias). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Hospiten-Lanzarote. Puerto del Carmen-Tias. Lanzarote, Islas Canarias.

Objetivos. Evaluar la presencia en nuestro medio de cortocircuito («shunt») derecha-izquierda (ShDI) en cuatro entidades neurológicas frecuentes en las que ha sido publicada una mayor prevalencia: ictus criptogénico (ACV-cr), accidente isquémico transitorio criptogénico (AIT-cr), migraña con aura (Migr-Aur) y amnesia global transitoria (AGT).

Material y métodos. Durante un período de 18 meses, fueron estudiados prospectivamente en cuatro centros de las Islas Canarias todos los pacientes remitidos para detección de ShDI mediante Doppler transcraneal (DTC) en los cuatro grupos de estudio. En cada paciente se registraron sus variables demográficas, la presencia de los factores reconocidos de riesgo cerebrovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, etc), la presencia de factores potencialmente favorecedores de ShDI (buceo, enfermedad pulmonar, síndrome de apnea-sueño, instrumentación musical de viento, canto coral, etc) y la presencia de antecedentes relacionables (ictus, AIT, amaurosis fugax, cefalea migrañosa, etc). En todos los casos se realizó: 1) Estudio DTC basal con sonda de 2 MHz, con determinación de la velocidad media (VM) del flujo sanguíneo en las principales arterias intracraneales; 2) Estudio de detección de ShDI con monitorización de la arteria cerebral media contralateral al brazo de inyección de microburbujas (MB) creadas por agitación de 1 ml de aire en 9 ml de solución salina isotónica. Las inyecciones de MB se realizaron tanto en situación de reposo como tras 5 seg de una maniobra de Valsalva (MV) efectiva (que evidencie un descenso de la VM en el registro de al menos un 25%). Según el número de señales transitorias de alta intensidad (HITS) detectadas, el ShDI se clasificó en: negativo (0-1 HITS), no masivo (< 10 HITS), masivo leve (11-25 HITS), masivo ducha (> 25 HITS) y masivo cortina (incontables HITS). Los cuatro grupos fueron analizados y comparados con 100 controles españoles previamente publicados.

Resultados. Ciento veintitrés de los 261 sujetos en los que se realizó la detección de ShDI pertenecían a alguno de los cuatro grupos estudiados. Tenían una edad media de 48 ± 17 años (rango 12-88 años) y una relación hombres/mujeres de 0,68. La distribución de grupos fue 39 ACV-cr, 41 AIT-cr, 33 Migr-Aur y 10 AGT. Las dislipemias fueron más frecuentes en los grupos estudiados que en los controles (34% vs 13%; p < 0,001). Ninguno de los factores considerados como potencialmente favorecedores de FOP ni de los antecedentes referidos por el paciente se asoció con mayor prevalencia de ShDI ni con mayor grado. Se detectó la presencia de ShDI en 58,5% de los pacientes frente a 32% de los controles ($\chi^2 = 14,699$; p < 0,001), estando presente en 61,6% de los ACV-cr ($\chi^2 = 18,065$; p < 0,001), 65,8% de los AIT-cr ($\chi^2 = 23,129$; p < 0,001), 51,5% de las Migr-Aur ($\chi^2 = 8,210$; p < 0,01) y 40% de las AGT ($\chi^2 = 1,390$; p = NS). El ShDI fue masivo en 38,2% de los pacientes frente a 21% de los controles ($\chi^2 = 6,948$; p < 0,01), presentándose en 38,5% de los ACV-cr ($\chi^2 = 7,714$; p < 0,01), 39% de los AIT-cr ($\chi^2 = 7,714$; p < 0,01), 42% de las Migr-Aur ($\chi^2 = 10,219$; p < 0,01) y 20% de las AGT ($\chi^2 = 0,031$; p = NS).

Conclusiones. Un número cada vez mayor de patologías presentan una vinculación con el ShDI. El ACV/AIT criptogénico, la migraña con aura, el síndrome platipnea-ortodeoxia, la enfermedad descompresiva y un considerable porcentaje de embolismos periféricos son las más representativas. En la serie presentada la prevalencia del ShDI, y de sus patrones más clínicamente relevantes, fue significativamente mayor que en los controles asintomáticos en el ACV-cr, el AIT-cr y la Migr-Aur, confirmando la asociación con el ShDI publicada en otros trabajos; sin embargo no fue así en la AGT, aportando un argumento más en contra de su ya dudosa asociación etiopatogénica con el ShDI.

V-028**OSTEOPATÍA ALCOHÓLICA: RELACIÓN ENTRE OLIGOELEMENTOS E HISTOLOGÍA**

M. Durán Castellón¹, E. González Reimers¹, M. Rodríguez Gaspar¹, A. López Lirola¹, D. García Rosado¹, J. Medina García¹, L. Galindo Martín² y M. Konecna

¹Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, S/C de Tenerife. ²Química Analítica. Universidad de La Laguna. La Laguna, S/C de Tenerife.

Objetivos. En el alcohólico se describe una osteopatía caracterizada por pérdida de masa ósea cuyo mecanismo fisiopatológico fundamental es la disminución de la formación ósea. Diversos oligoelementos pueden modificar los procesos tanto de formación como de reabsorción ósea. La deficiencia de algunos oligoelementos como el manganeso (Mn), el hierro (Fe), el cobre (Cu) o el zinc (Zn) puede afectar de forma negativa a la estructura ósea mediante diferentes mecanismos fisiopatológicos induciendo osteopenia. Por otro lado, la sobrecarga de otros como el plomo (Pb) o el Fe también provoca efectos sobre el turnover óseo conduciendo a osteoporosis. El alcohol puede modificar el metabolismo y la concentraciones tisulares de estos oligoelementos. El objetivo del presente trabajo es analizar si el tratamiento con alcohol y/o la malnutrición proteica altera el contenido óseo de metales pesados, y la relación de éste con las alteraciones histomorfométricas y hormonales óseas, en un modelo experimental alcohólico con malnutrición proteica asociada o no.

Material y métodos. Cuatro grupos de ratas Sprague Dawley alimentadas durante 5 semanas siguiendo el modelo de Lieber DeCarli: CTRL. (18% proteínas y 1 kcal/ml), OH (18% proteínas + alcohol [36% del aporte energético]), HIPO (2% proteínas), OH-HIPO (2% proteínas + alcohol). Las cuatro dietas contenían la misma cantidad de oligoelementos y fueron expuestas a bajas concentraciones de plomo. Tras el sacrificio se extrajo; la 1ª y 2ª vértebras lumbares, para el estudio histológico (% volumen óseo trabecular (VOT) y % osteoide); la tibia, para el estudio de los oligoelementos (Zn, Fe, Mn, Pb, Ca, P) y sangre para el análisis de los parámetros bioquímicos y hormonales relacionados con el metabolismo y recambio óseos: Ca, P, Mg, IGF-1, Vit D, osteocalcina y PTH. Se recogió orina de 24 horas (hidroxiprolina y creatinina).

Resultados. El VOT mostró diferencia entre grupos ($p < 0,01$). Los grupos de ratas alcohólicas eran los que presentaban menor porcentaje, máxime si se acompañaba de dieta hipoproteica. También los grupos de ratas alcohólicas presentaban menos osteoide de manera significativa ($p = 0,05$). No encontramos diferencias en las concentraciones tisulares óseas de Cu, Mn ni Fe. El Zn óseo si mostró diferencias entre los distintos grupos ($p = 0,05$), las ratas sometidas tanto a alcohol como a dieta hipoproteica eran las que menores concentraciones presentaban. El Zn relacionaba de forma directa ($p < 0,05$) con el peso final ($r = 0,34$) y la osteocalcina ($r = 0,35$). Las concentraciones de Pb también disminuyeron y de forma muy acusada en los dos grupos de ratas sometidas a alcohol, relacionándose de forma directa ($p = 0,005$) con el VOT ($r = 0,47$) y el IGF-1 ($r = 0,46$). El Fe relacionó de forma directa con la hidroxiprolina ($r = 0,56$, $p < 0,01$) y el Mn a su vez relacionó de forma directa ($p < 0,05$) con la osteocalcina ($r = 0,34$), el IGF-1 ($r = 0,38$) y con el peso final ($r = 0,35$). La osteocalcina también mostró diferencias entre los grupos ($p < 0,001$) diferenciándose claramente el grupo OHHIPO del resto. No encontramos diferencias en las concentraciones de hidroxiprolina.

Conclusiones. En los animales tratados con alcohol encontramos una disminución marcada de las concentraciones de Zn y Pb más acusada cuando se acompaña de dietas hipoproteica. El Zn relacionó con la osteocalcina y el IGF-1 lo que apoya un efecto anabólico sobre el hueso de éste al estimular la síntesis ósea. También encontramos una relación directa del Pb con el VOT y el IGF-1 sugiriendo el mismo efecto, resultado éste opuesto a lo clásicamente descrito en la literatura, pero que puede explicarse por el acusado descenso de los niveles de Pb en aquellos grupos con menor VOT. Por otro lado, y aunque no encontramos diferencias entre las concentraciones de Fe éste sí relacionó con la hidroxiprolina en orina apoyando su efecto potenciador del catabolismo.

V-043**IBD5: RELACIÓN CON EL FENOTIPO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y EL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB**

J. Mendoza Hernández¹, R. Lana Soto¹, A. Lérída Urteaga³, E. Urcelay⁴, M. Martín⁴, A. Martínez⁴, E. Gómez de la Concha⁴ y M. Díaz Rubio¹

¹Aparato Digestivo, ²Urgencias, ³Inmunología. Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Medicina Interna. Viladecans, Barcelona.

Objetivos. Determinar la prevalencia del IBD5 en pacientes españoles con EC y su relación con el fenotipo clínico. Y explorar la relación entre el IBD5 y la respuesta al tratamiento con infliximab.

Material y métodos. Se estudió una cohorte de 261 pacientes con EC españoles no emparentados diagnosticados según los criterios de Leonard-Jones con un seguimiento medio de 10,5 años (1-32), y 506 controles sanos. El fenotipo de la EC se estableció según la clasificación de Viena. El genotipaje de los dos polimorfismos del IBD5 (IGR2060a_1 y IGR3081a_1) se realizó mediante las técnicas habituales de PCR. En 40 pacientes con EC y tratados con infliximab se determinó si los diferentes polimorfismos del IBD5 se asociaba con la respuesta o no al tratamiento con infliximab.

Resultados. Se observó una relación entre los polimorfismos del IBD5 y la EC ($p = 0,05$). La correlación genotipo-clasificación de Viena demostró una asociación con la localización ileocolónica (L3) ($p = 0,009$; OR = 1,52 [IC 95%: 1,09-2,11]) y con el comportamiento fistulizante (B3) ($p = 0,002$; OR = 1,96 [IC 95%: 1,18-2,18]). Los pacientes que eran homocigotos para las mutaciones del IBD5 presentaron con mayor frecuencia falta de respuesta al tratamiento con infliximab ($p = 0,013$. RR = 3,88, IC 95% 1,18-12,0).

Conclusiones. En la población madrileña las variantes del IBD5 son un marcador de susceptibilidad para padecer EC, y se asocian con la localización ileocolónica y las formas fistulizantes. Estos datos preliminares sugieren un papel de los diferentes polimorfismos del IBD5 en la respuesta al infliximab.

V-075**VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y ESPIROMETRÍA EN PACIENTES DE EPOC CON Y SIN TRATAMIENTO COMBINADO INHALADO (BETA-2 ADRENÉRGICOS Y CORTICOIDES)**

M. Montero Pérez-Barquero¹, D. Del Águila Quirós¹, J. Díaz Gómez¹, A. García Ruiz², F. Leiva Fernández³ y M. Aguayo Canela⁴

¹Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ²Farmacología. Facultad de Medicina. Málaga. ³Unidad Familiar y Comunitaria. Carlos Haya. Málaga. ⁴Dirección Médica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Objetivos. No existe información suficiente sobre la utilidad del tratamiento combinado de inhaladores beta2 y corticoides en nuestro ámbito. Por ello nos planteamos valorar diferencias entre las medidas de salud objetivas (parámetros espirométricos) y medidas de salud subjetiva (Calidad de vida relacionada con la salud) en pacientes con EPOC con y sin tratamiento combinado (Beta2-adrenérgicos y corticoides).

Material y métodos. Entre los sujetos entre 40 y 80 años con antecedentes de disnea lentamente progresiva y/o tos con expectoración durante tres meses al año en dos años consecutivos y FEV1 (Flujo espiratorio en el primer segundo) $< 80\%$ del previsto, se seleccionaron 167 pacientes. Se realizó el test de calidad de vida St. George's Respiratory Questionary (SGRQ), con 56 ítems repartidos en tres escalas, el rango está: 0 (no alteración de la calidad de vida) y 100 (máxima alteración de la calidad de vida). Se aplicó un diseño de estudio transversal en ámbito multicéntrico en Hospital y Centros de Salud de la comunidad andaluza. Un análisis bivariante mediante T de Student o Chi-cuadrado según el tipo de variable y un análisis de regresión logística mediante el programa SPSS 10.0E, fue realizado con nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados. Edad media $68 \pm 7,4$ años, hombres 90%, casados 83%, tiempo del diagnóstico $12,6 \pm 11,6$; años de fumador 38 ± 16 ; nº de cigarrillos/día 32 ± 20 . Número de enfermedades asociadas $2,38 \pm 1,57$. Índice de masa corporal $28,9 \pm 5,2$. Grados de disnea de malher: I: 26,3%; II: 30,5%; III: 38,7%; IV 13,8% y V

0,6%.%FEV1-SEPAR: leve 51,5%; moderado 29,9% y severo 18,6%. Tenían tratamiento inhalado combinado un 38,3%. Oxigenoterapia domiciliaria 9,6%. En la tabla 1, se expresan las puntuaciones del test de calidad de vida. En el análisis bivalente presentaron asociación estadística con tratamiento combinado inhalado: mayor grado de disnea, peor%FEV1 del previsto, estar en tratamiento con oxígeno domiciliario, peor calidad de vida en la escala total y de síntomas. En la tabla 2, se recoge el resultado del análisis multivariante.

Conclusiones. Los pacientes de EPOC con tratamiento inhalador combinado frente a los tratados sin este tratamiento presentan: peor calidad de vida medida St George Respiratory Questionnaire, sobretodo en la escala de síntomas. Mayor obstrucción al flujo aéreo, medido por el FEV1 y una mayor proporción de Oxigenoterapia domiciliaria.

Tabla 1. Puntuación del Saint George's Respiratory Questionary en sus diferentes (IC intervalo de confianza).

| Variables | Medias (DS) | IC al 95% |
|----------------|-------------|-------------|
| SGRQ-síntomas | 46,85 | 43,13-50,58 |
| SGRQ-actividad | 53,80 | 49,28-58,32 |
| SGRQ-impacto | 33,11 | 30,04-36,18 |
| SGRQ-total | 41,68 | 38,38-44,99 |

Tabla 2. Variables asociadas al tratamiento combinado en el análisis multivariante (IC: intervalo de confianza).

| Variables | OR | IC al 95% |
|-------------------------|------|------------|
| SGRQ-escala de síntomas | 1,01 | 1,002-1,03 |
| %FEV1 del previsto | 0,98 | 0,96-0,99 |

V-079

EL CÁNCER GÁSTRICO EN GALICIA: UNA ENFERMEDAD EN EVOLUCIÓN

E. Casariego Vales¹, M. Ibáñez Alonso¹, M. López Díaz¹, S. Pértega Díaz³, E. García Rodeja Arribi², B. Pombo Vide¹, S. Pita Fernández³ y R. Rabuñal Rey¹

¹Medicina Interna, ²Anatomía Patológica. Hospital de Lugo. Lugo. ³Bioestadística Clínica. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos. La notable reducción de la incidencia del cáncer gástrico en el hemisferio occidental en los últimos decenios se ha acompañado, en los países del norte de Europa, de cambios significativos en sus características de presentación. A pesar de su importancia tanto a la hora de valorar la etiología de la enfermedad como de modificar las estrategias terapéuticas, en España se desconoce si el patrón de la enfermedad ha cambiado con el tiempo.

Material y métodos. Estudiamos todos los casos nuevos de adenocarcinoma gástrico diagnosticados en nuestro Centro entre 1975 y 2003. Se analizaron las siguientes variables: fecha de diagnóstico, sexo, edad al diagnóstico, localización del tumor dentro del estómago y clasificación histológica de Laurén. Los cambios en las características del tumor se determinaron sobre 6 períodos de tiempo consecutivos (1975-79; 1980-84; 1985-89; 1990-94; 1995-99; 2000-03). En el análisis estadístico de la evolución de las variables a los largo de estos 6 períodos de tiempo se utilizó el test ji al cuadrado de tendencia para la comparación de variables cualitativas y el análisis de la varianza en las variables cuantitativas.

Resultados. En el tiempo señalado se diagnosticaron 2.007 casos nuevos. A lo largo del período en estudio se constató un notable y paulatino incremento de la edad media (de 63,2 a 72,4 años; p < 0,0001) y del predominio de varones afectados (de 52,8% a 63,8%; p < 0,0001). Si bien la demora diagnóstica se redujo de forma paulatina, no fue significativa (de 172,3 + - 154,1 a 129,8 + - 123,4 días; p = 0,07) y nunca fue inferior a 4 meses. Si bien se pudo apreciar una menor frecuencia de afectación del tercio distal entre los 2 períodos extremos (57,8% vs 52,2%), otros períodos intermedios mostraron frecuencias más bajas, siendo la tendencia sig-

nificativa (p = 0,03). Por último, se apreció el incremento paulatino del tipo histológico intestinal (de 56,2% a 64,7%; p < 0,001).

Discusión. En los últimos años se han detectado cambios importantes en la evolución de la enfermedad en Europa: la reducción de la incidencia se ha acompañado del incremento de la edad media de los pacientes. Esto conlleva modificaciones en las características de presentación del tumor. A mayor edad mayor ratio hombre-mujer, mayor proporción de los casos del tercio inferior y también del tipo histológico intestinal, lo que se relaciona con la infección por Helicobacter pylori. La interpretación más aceptada es que estamos asistiendo al envejecimiento de una cohorte infectada por este germen hace varias décadas. Un aspecto muy controvertidos es el valor de la demora diagnóstica. En este estudio nunca fue inferior a 4 meses y su mediana fue siempre superior a 3, consistente con estudios de nuestro entorno, tanto retrospectivos como prospectivos. Además, este período no se ha modificado, de manera clínicamente relevante, en 30 años, lo que es llamativo puesto que en esos años las condiciones sanitarias en España han mejorado claramente. En los países de nuestro entorno tampoco se han apreciado reducciones significativas de este período. Todo ello sugiere que la introducción de los estudios endoscópicos han permitido ganar en precisión diagnóstica pero que su realización en el período sintomático no reduce la demora. Con respecto al tipo histológico, nuestro estudio, como todos los de nuestro entorno, muestra que el tipo intestinal de Laurén es el más frecuente. Sin embargo, al contrario de lo observado en el norte de Europa, este tipo histológico aumenta con el tiempo. Este dato ha de ser evaluado con precaución puesto que analizamos un único Centro y no podemos construir tasas de referencia que permitan evaluar la realidad de las modificaciones.

Conclusiones. El cáncer gástrico ha cambiado su patrón de presentación a lo largo de las 3 últimas décadas en Galicia, tanto en lo que respecta a las características de la población afectada como a las del tumor. Si bien las implicaciones clínicas son evidentes, de mayor relevancia es señalar que la evolución de las características del tumor es distinta en Galicia de la otras áreas europeas donde se ha estudiado.

V-083

LA RESPUESTA PRECOZ A CORTICOESTEROIDES Y A INMUNOGLOBULINAS COMO FACTORES PREDICTORES DE LA RESPUESTA A LA ESPLENECTOMÍA EN PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA CRÓNICA DEL ADULTO

A. Álvarez Soto¹, O. Capdevila Pons², L. Iglesias Sáenz², J. Petit Carner³, A. Vidaller Palacin² y R. Pujol Farríols²

³Hematología Clínica. Hospital Duran i Reynals. ICO. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Urgencias. ¹Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. La esplenectomía es el tratamiento de elección en la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) refractaria a corticoesteroides. Varios autores han intentado establecer posibles factores predictores de respuesta a la esplenectomía, con resultados controvertidos. Analizamos la evolución de 88 pacientes con PTI esplenectomizados, y los posibles factores predictores de la respuesta a la esplenectomía.

Material y métodos. Revisión de la historia clínica de 88 pacientes con PTI crónica del adulto esplenectomizados en nuestro centro entre los años 1990 y 2004. Descripción de los datos demográficos y antecedentes clínicos de los pacientes. Análisis inferencial de las cuantitativas continuas mediante pruebas paramétricas (t de Student). Análisis de variables dicotómicas mediante tablas de contingencia (Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher). Definimos la significación estadística con una p < 0,05. Se considera respuesta al tratamiento cifras de plaquetas iguales o superiores a 50 x 10⁹/sin tratamiento.

Resultados. De los 88 pacientes estudiados, 59 (67%) eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 42,27 años (rango 4-79) y en el momento de la esplenectomía de 49,64 años (rango 17-85), con un tiempo medio entre ambos procedimientos de 7,43 meses (rango 1-204). Todos los pacientes fueron tratados previamente con corticoesteroides y algunos con otros tratamientos de segunda línea antes de ser esplenectomizados. El tiempo medio de seguimiento

fue de 84.02 meses (entre 0,2 y 180 meses). No se encontró relación entre el sexo, la edad al diagnóstico, la edad en el momento de la esplenectomía, el tiempo entre el diagnóstico y la esplenectomía, la positividad de los anticuerpos antiplaquetas, la cifra de plaquetas al diagnóstico ni la cifra de plaquetas pre-esplenectomía, con la respuesta a los 6 y 12 meses de la misma. La administración de inmunoglobulinas endovenosas (IGIV) y una respuesta positiva precoz a la esplenectomía (7 y 28 días) predicen, con significación estadística, una buena respuesta a los 6 y 12 meses de la esplenectomía. Si bien la respuesta precoz (15 días) a la administración de corticosteroides se corresponde con una buena respuesta a los 6 meses de la esplenectomía, esta no se mantiene al año. Por el contrario, una respuesta precoz a IGIV predice una buena respuesta al año pero no a los 6 meses.

Discusión. La esplenectomía es el tratamiento de elección en la PTI refractaria a corticoides. Su morbimortalidad no es despreciable y nos plantea la necesidad de identificar factores predictores de la respuesta a la esplenectomía. Algunos autores han relacionado factores como la respuesta a corticosteroides, a las IGIV, o la edad de los pacientes con la respuesta a la esplenectomía. Pero son resultados contradictorios y basados en muestras pequeñas, con escaso seguimiento o que incluyen población infantil. Nuestro estudio no muestra como factores predictores de la respuesta a la esplenectomía factores intrínsecos de los pacientes (sexo, edad, presencia de anticuerpos antiplaquetas, cifra de plaquetas al diagnóstico), pero sí la respuesta a otros tratamientos (corticoides, IGIV) y la respuesta inicial a la misma esplenectomía.

Conclusiones. No hay diferencias significativas entre los pacientes respondedores a la esplenectomía y los no respondedores en cuanto a sexo, edad al diagnóstico y en el momento de la esplenectomía, tiempo entre diagnóstico y esplenectomía y la cifra de plaquetas al diagnóstico. Una respuesta precoz a la esplenectomía, así como al tratamiento esteroideo y a las IGIV, predicen una respuesta favorable a la esplenectomía. Para obtener resultados más contundentes, se requerirían estudios más amplios tanto en número de pacientes como en tiempo de seguimiento.

V-088

INFLUENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA ACTIVIDAD DE LOS MECANISMOS ANTIOXIDANTES, ESTRÉS OXIDATIVO Y SU EVOLUCIÓN TEMPORAL EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

N. Abdilla Bonias, F. Martínez García, V. Giner Galvañ, M. Forner Giner, M. Fabia Valls, M. Oltra Sempere, C. Fernández Rodríguez y J. Redón i Mas

Medicina Interna. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. En la hipertensión arterial esencial (HTA) se ha descrito un incremento del estrés oxidativo y una disminución de los mecanismos antioxidantes en cels mononucleares de sangre periférica (Redon et al. Hipertensión 2003). El objetivo del presente trabajo es analizar si la presencia de síndrome metabólico o sus componentes influyen el grado de estrés oxidativo.

Material y métodos. Se analizan un total de 169 pacientes con HTA esencial en ausencia de tratamiento antihipertensivo. A todos los pacientes se les realizó estudio clínico, analítico y monitorización ambulatoria de la PA de 24 horas (Spacelabs 90207). El estrés oxidativo se valoró mediante medida de GSSG, GSH, GSSG/GSH, malondialdehído y 8-oxo deoxiguanosina (8-oxo-dG) en ADN genómico y mitocondrial en células mononucleares de sangre periférica. Los pacientes se clasificaron como síndrome metabólico siguiendo los criterios del IDF. En cada paciente se obtuvo el número de criterios del IDF que cumplían.

Resultados. De la serie estudiada, 26 (15,4%) tenía un solo componente, la hipertensión, 58 (34,3%) dos componentes, 46 (27,2%) tres componentes, 34 (20,1%) cuatro componentes y 5 (3%) cinco componentes. Con arreglo al número de componentes existen valores crecientes estadísticamente significativos de hemoglobina glicosilada (0,05), triglicéridos (0,02) y valores decrecientes de HDL (0,05). Cuando se analizaron parámetros de estrés oxidativo los pacientes con síndrome metabólico presentaron niveles significativamente más elevados de 8-oxo-dG y tendencia a niveles más bajos de sodl. No existieron diferencias significativas cuando los parámetros se compararon en relación al número de componentes de sín-

drome metabólico. Tras analizar la evolución a los tres meses en los pacientes con síndrome metabólico, existe una recuperación significativa de la actividad de la sod intracelular.

Discusión. El aumento del estrés oxidativo y la disminución de los factores antioxidantes en células mononucleares periféricas encontrado en la HTA dependen fundamentalmente del hecho de ser hipertenso y no de las alteraciones metabólicas asociadas.

Conclusiones. La elevación de PA es el principal factor que influencia el estrés oxidativo. La asociación de síndrome metabólico incrementa significativamente alguno de los parámetros de estrés oxidativo, aunque su impacto en el mismo y en la evolución temporal es escaso.

V-095

IGF-I Y DESARROLLO FETAL EN RATAS ESPONTÁNEAMENTE HIPERTENSAS (SHR) Y TRATADAS CON L-NAME

M. Muñoz¹, M. Carbajo², E. Fernández¹ y L. Fernández²

¹Medicina Interna. ³Medicina Interna. General. León.

²Reproducción. ⁴Reproducción. Universidad. León.

Objetivos. El objetivo de este estudio fue determinar, en ratas gestantes espontáneamente hipertensas (SHR) y tratadas con L-NAME, las posibles alteraciones en el desarrollo fetal y en la concentración sérica de IGF-I (Factor de Crecimiento Insulina-like).

Material y métodos. Se estudió, a partir del día 2º de gestación y hasta el día 18, ambos inclusive, la presión sanguínea sistólica (SBP) en ratas normales (Sprague Dawley), en ratas espontáneamente hipertensas (SHR) y en ratas tratadas con L-NAME (Nw-nitro-L-arginine methyl ester), administrado en el agua de bebida en una dosis diaria de 15 mg correspondiente a 50 mg/kg. Se determinó, en los tres grupos en estudio los días 6, 11 y 18 de gestación, el número de puntos de implantación, número de embriones, peso de la camada y de la placenta. Los niveles séricos de IGF-I fueron medidos por RIA.

Resultados. En ratas gestantes SHR y L-NAME la presión sistólica (mmHg) permaneció elevada con respecto al Grupo Control desde el comienzo al final del experimento. El número de puntos de implantación el día 6 de gestación, fue inferior (p < 0,0 5) en el grupo L-NAME que en el control y SHR, mientras que el número de embriones el día 11 fue similar en los distintos grupos. El peso de la camada y de la placenta (día 18) disminuyó significativamente (p < 0,01) en los grupos experimentales en relación al control (tabla 1). Los grupos L-NAME y SHR presentaron una concentración de IGF-I, los días 6 y 18 de gestación, menor (p < 0,05) que en el control.

Discusión. Un progresivo y marcado incremento en la presión sanguínea fue observado a lo largo del experimento, hecho que coincide con otros estudios en que la dosis utilizada, periodo, o ruta de administración no fuera similar. El menor número de puntos de implantación observado en ratas L-NAME el día 6, puede ser debido a un retraso más que a una inhibición de la implantación. De los resultados obtenidos y de otros estudios, parece deducirse que el efecto más importante de la hipertensión se produce en la última parte de la gestación.

Conclusiones. De estos resultados se deduce que, la hipertensión asociada a la gestación, estaría asociada a un retraso en el crecimiento del feto y a una disfunción placentaria, y que el óxido nítrico puede regular la producción de IGF-I, jugando un papel importante en el desarrollo feto-placentario.

Tabla 1. Parámetros reproductivos en ratas gestantes (días 6, 11 y 18): Grupos Control, L-NAME y SHR (Media ± SEM). Valores con diferentes letras en la misma fila presentan diferencias significativas (a,b: p < 0,05; x,y: p < 0,001).

| | Control (n = 20) | L-NAME (n = 21) | SHR (n = 21) |
|----------------------------------|------------------|-----------------|---------------|
| Puntos de implantación (día 6) | 1,45 ± 0,58 a | 0,14 ± 0,10 b | 1,40 ± 0,49 a |
| Nº embriones (día 11) | 11,81 ± 0,51 | 11,20 ± 0,87 | 11,38 ± 0,47 |
| Peso de la camada (g) (día 18) | 12,00 ± 0,92 a | 6,30 ± 0,77 b | 7,10 ± 0,40 b |
| Peso de la placenta (g) (día 18) | 4,74 ± 0,21 x | 3,17 ± 0,22 y | 2,35 ± 0,07 y |

Tabla 2. Niveles de IGF-I (ng/ml) en los días 6, 11 y 18 de gestación: Grupos Control, L-NAME y SHR (Media \pm SEM). Valores con diferentes letras en la misma fila presentan diferencias significativas (a,b: $p < 0,05$).

| | Control (n = 20) | Control (n = 20) | SHR (n = 21) |
|--------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Día 6 | 8,47 \pm 0,7 a | 6,28 \pm 0,6 b | 5,95 \pm 0,6 b |
| Día 11 | 7,18 \pm 0,53 | 5,93 \pm 0,6 | 5,85 \pm 0,45 |
| Día 18 | 8,73 \pm 0,75 a | 5,92 \pm 0,42 b | 6,51 \pm 0,39 b |

V-100

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS ENFERMOS CON PANCREATITIS AGUDA

G. García Casasola¹, B. Herreros¹, G. Palacios¹, M. Tejero¹, S. Nistal¹, R. Barba¹, G. Cacho² y A. Zapatero¹

¹Medicina Interna. ²Aparato Digestivo. Hospital Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. valorar las complicaciones médicas de los enfermos ingresados con pancreatitis aguda y conocer que marcadores pronósticos se relacionan mejor con las mismas.

Material y métodos. desde enero de 2004 hasta junio de 2005, de forma prospectiva, incluimos a todos los enfermos ingresados en la Fundación Hospital de Alcorcón con el diagnóstico principal de pancreatitis aguda en una base de datos en la que se incluían datos demográficos, etiología de la pancreatitis, comorbilidad antes del ingreso, datos analíticos en los cuatro primeros días de ingreso, hallazgos de la TAC y las complicaciones médicas e infecciosas desarrolladas durante la estancia hospitalaria. Mediante el programa SPSS v 12.0 realizamos una estadística descriptiva y posteriormente mediante análisis de regresión logística analizamos que marcadores se relacionan mejor con las complicaciones médicas.

Resultados. valoramos un total de 193 episodios de pancreatitis aguda ingresados mayoritariamente en los servicios de Medicina Interna (n = 124; 64%) y Aparato Digestivo (n = 68; 35,2%). La media de edad fue 63 \pm 19 años y 101 (52,3%) eran mujeres. La estancia media fue 12,3 \pm 20 días. En cuanto a la etiología de la pancreatitis: 110 (57%) eran de origen biliar, 34 (17,6%) alcohólicas, 11 (5,7%) otras causas y 38 (19,7%) idiopáticas. Un total de 8 enfermos (4,1%) fallecieron. Detectamos complicaciones médicas en 57 episodios de pancreatitis (29,5%) e infecciones documentadas microbiológicamente en 24 casos (12,4%). Las complicaciones médicas más frecuentes fueron insuficiencia renal aguda (22 casos) e insuficiencia respiratoria-derrame pleural (21 casos). Los pacientes con complicaciones médicas tenían, en los cuatro primeros días de ingreso, proteína C reactiva (PCR) significativamente más alta y albúmina significativamente más baja que los que no tenían complicaciones médicas (223 \pm 134 vs 105 \pm 112; $p < 0,0001$ y 2,6 \pm 0,4 vs 3,1 \pm 0,5; $p < 0,0001$, respectivamente). En el análisis de regresión logística sólo la PCR $>$ 150 mg/l (OR 4,8 [2,1-11,1]), la albúmina $<$ 3 g/dl (OR 6,5 [2,2-19,1] y la edad(x10) (OR 1,6 [1,2-2,1]) tenían un riesgo independiente significativamente mayor de desarrollar complicaciones médicas.

Conclusiones. las complicaciones médicas son relativamente frecuentes entre los enfermos con pancreatitis aguda. La insuficiencia renal y la insuficiencia respiratoria asociada a derrame pleural constituyen las complicaciones más habituales. La PCR $>$ 150 mg/l, la albúmina $<$ 3 g/dl en los primeros días de ingreso y la edad tienen una gran importancia pronóstica.

V-113

NEOPLASIA PRIMARIA MÚLTIPLE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL REGISTRO DE TUMORES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

J. Llenas García, F. Castelbón Fernández, M. Fernández Ruiz, L. Caurcel Díaz, J. Guerra Vales y M. Fernández Cotarelo

Registro de Tumores del Hospital 12 de Octubre. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas de la neoplasia primaria múltiple, así como estudiar las asociaciones de las neo-

plasias más frecuentes tomando como base el registro de tumores de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Se incluyeron todos aquellos pacientes con dos o más neoplasias primarias que cumplieran la condición de que una de ellas fuera diagnosticada en el periodo comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2002, ambos incluidos. Los datos fueron recogidos a partir del Registro de Tumores del Hospital Universitario «12 de Octubre» de Madrid, y mediante la revisión de historias clínicas. Realizamos un estudio descriptivo y analítico, recurriendo al paquete estadístico SPSS versión 12.0 y comparando variables cualitativas mediante la prueba χ^2 ; fijando como nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados. Se encontraron 344 casos de neoplasia primaria múltiple con un 66,6% de varones y una edad media de 68,16 años (rango 9-94) al diagnóstico del segundo tumor. Hubo 25 casos (6,9%) con tres neoplasias, dos (0,6%) con cuatro y tan sólo un caso con cinco (0,3%). El número de pacientes fallecidos a fecha de 31 de Diciembre de 2004 fue de 176 (51,2%). Del total de 716 neoplasias incluídas en nuestro estudio, el 89,94% fueron diagnosticadas en base a la histología del proceso primario, presentando en su mayoría (56,84%) un estadio localizado en el momento del diagnóstico. Las asociaciones más frecuentes fueron: vejiga-próstata (22 casos); colorrectal-próstata (19); vejiga-colorrectal (15); vejiga-pulmón (15); útero-mama (13) y laringe-pulmón (12). Las estirpes histológicas más frecuentes fueron: adenocarcinoma con 260 casos (36,31%), seguido de carcinoma epidermoide con 116 casos (16,12%), carcinoma urotelial con 80 casos (11,6%), neoplasia hematológica con 51 casos (7,12%) y carcinoma ductal con 41 casos (5,73%). El tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico del primer y del segundo tumor fue de 4,51 años (mediana 3, rango 0-22). Se estudió si existía una asociación estadísticamente significativa entre la histología del primer y segundo tumor, encontrándose entre los tumores epidermoides-epidermoides, ($p = 0,0001$), los tumores uroteliales-uroteliales ($p = 0,025$) y los adenocarcinomas con los tumores uroteliales ($p = 0,07$). Así mismo se estudió la posible relación entre el tipo de tratamiento recibido y la estirpe del segundo tumor encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre la administración de radioterapia y el desarrollo de un carcinoma epidermoide ($p = 0,007$).

Discusión. La neoplasia primaria múltiple es una entidad más frecuente en varones y en pacientes de edad avanzada. lo que unido a la mejoría de los tratamientos y las estrategias de diagnóstico precoz la convierten en un problema de importancia creciente en nuestro medio. En nuestro estudio hemos encontrado que la prevalencia de las neoplasias no es el único factor implicado en su asociación debiendo buscar otros elementos que permitan explicarlas, como en el caso de mama-útero o vejiga-próstata, bien ambientales bien en relación con la biología molecular del proceso tumoral. Este estudio se enmarca dentro de uno más amplio en el que pretendemos profundizar en este campo. Como ya ha sido descrito, nuestros resultados confirman la relación entre la administración de radioterapia y el desarrollo de un carcinoma epidermoide, lo que nos lleva a pensar que sería necesario realizar un seguimiento más estrecho de estos pacientes en función de la terapéutica aplicada.

Conclusiones. Son necesarios más estudios a cerca de una entidad de importancia creciente cuya etiopatogenia y fisiopatología presentan aspectos no suficientemente comprendidos. Existen asociaciones de tumores no explicables por su prevalencia. Los tratamientos empleados pueden determinar la estirpe de la segunda neoplasia, lo que hace necesario individualizar el seguimiento de estos pacientes. El Registro de Tumores es una herramienta útil para la investigación y diseño de nuevas estrategias en el manejo de esta entidad.

V-115

CONTRIBUCIÓN DE LOS MONOCITOS EN EL BALANCE DE CITOCINAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

S. Mellor Pita¹, M. Citores¹, R. Castejón¹, P. Tutor Ureta¹, M. Yebra Bango¹, J. Andreu² y J. Vargas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria autoinmune sistémica caracterizada por una activa-

ción policlonal de linfocitos B y una alta producción de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos propios, fundamentalmente intracelulares. Los monocitos están involucrados en la patogénesis del LES pero su contribución en el balance de citocinas en estos pacientes no es bien conocida. Por ello, el objetivo de este estudio consistió en valorar la expresión intracelular de citocinas de tipo 1 y 2 (Interleucina 1 beta (IL1beta), Interleucina 6 (IL6), Factor de Necrosis Tumoral alpha (TNFalpha) e Interleucina 10 (IL10)) en monocitos de sangre periférica de pacientes con LES y controles, y correlacionar estos valores con la actividad de la enfermedad.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio 12 pacientes con LES (11 mujeres y 1 varón) con una mediana de edad de $39,8 \pm 14$ años y 11 controles (9 mujeres y 2 varones) con una mediana de edad de $33,6 \pm 5,6$ años. Se valoró el grado de actividad de la enfermedad en los pacientes con LES con el SLE Disease Activity Index (SLEDAI). Dos pacientes presentaban una enfermedad no activa (SLEDAI = 0), mientras que los 10 pacientes restantes presentaban un valor de SLEDAI comprendido entre 2 y 11. Las células mononucleares de sangre periférica (PBMC), aisladas mediante centrifugación en un gradiente de densidad de Ficoll, se cultivaron in vitro con brefeldina A (10 mcg/ml) y en presencia y ausencia de lipopolisacárido (estímulo específico de monocitos) (1 mcg/ml) durante 6 horas. Los anticuerpos monoclonales anticitocinas utilizados para la detección de citocinas de tipo 1 fueron antiIL1beta y antiTNFalpha y antiIL10 y antiIL6 para la detección de citocinas de tipo 2. El porcentaje de expresión intracelular de dichas citocinas, tanto basal como inducida, en los monocitos se valoró mediante citometría de flujo. El estudio estadístico se realizó con el programa informático SPSS, mediante la prueba U de Mann Whitney y la correlación de Spearman.

Resultados. No se encontraron diferencias en el porcentaje de expresión basal de IL1beta, TNFalpha e IL10 en pacientes con LES y controles, sin embargo se observó un mayor porcentaje de expresión basal de IL6 en pacientes con LES en comparación con los controles ($31,5 \pm 18,7$ vs $16,2 \pm 8,4$, $p = 0,042$). Cuando las PBMC se mantuvieron en cultivo con LPS se objetivó que en los pacientes con LES existía un mayor porcentaje de monocitos que expresaban IL6 ($87,1 \pm 6$ vs $73,2 \pm 20,4$, $p = 0,039$) e IL10 ($5,7 \pm 4,3$ vs $1,2 \pm 1$, $p = 0,007$), mientras que no se observaron diferencias en la expresión de IL1beta y TNFalpha. Al considerar la actividad de la enfermedad, únicamente se observó en los monocitos estimulados con LPS que a medida que aumentaba el índice de actividad de la enfermedad disminuía el porcentaje de expresión intracelular de IL1beta, no encontrándose relación con el resto de citocinas ni basal ni tras activación.

Discusión. Se han realizado varios trabajos sobre la contribución de los linfocitos en el balance de citocinas de tipo 1 y 2 en pacientes con LES, pero no existen trabajos que valoren mediante citometría de flujo la contribución de los monocitos en este balance de citocinas. Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que los monocitos de los pacientes con LES también están contribuyendo a la desviación de citocinas a favor de un predominio de citocinas de tipo 2, además esta desviación se acentúa con la actividad de la enfermedad.

Conclusiones. Los monocitos de los pacientes con LES presentan un mayor porcentaje de expresión de citocinas de tipo 2 que los individuos sanos, lo que contribuiría a la desviación del balance de citocinas de tipo 1 y 2 a favor de un predominio de citocinas de tipo 2.

V-119

RITMO CIRCADIANO DE LA SECRECIÓN DE LEPTINA Y CORTISOL EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

R. Fernández Parrilla, M. González Benítez, M. Fernández Sánchez, M. Beltrán Robles y A. Grilo Reina

Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Objetivos. La leptina es una hormona producida en el tejido adiposo. Actúa a nivel hipotalámico participando en la regulación del peso corporal y la saciedad. En el síndrome de fatiga crónica (SFC) existen cambios en el apetito y el peso junto con un leve hipocortisolismo. Se ha sugerido que la leptina podría participar en la inhibición del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA). **Objetivo:** conocer el ritmo circadiano de la leptina y el cortisol en el SFC.

Material y métodos. Se seleccionó a pacientes que cumplieran criterios de SFC y aceptaron participar en el estudio (consentimiento informado). A cada paciente se le canalizó una vía venosa periférica y se tomó una muestra de sangre cada tres horas, desde las 6 p.m. hasta las 9 a.m. (seis muestras en total). Las variables cuantitativas se resumieron mediante medias \pm desviación estándar (medianas y cuartiles en distribuciones asimétricas) y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados. Fueron estudiados 51 pacientes (39 mujeres, 12 hombres), con un edad de $45,8 \pm 7,6$ años y un índice de masa corporal de $25,39 \pm 3,79$ kg/m². Los niveles de leptina y de cortisol siguieron una distribución asimétrica. Los resultados (medianas) para leptina (pg/ml) fueron 19.864 (6 pm), 23.220 (9 pm), 27.035 (12 pm), 28.789 (3 am), 25.757 (6 am) y 21.930 (9 am). Los resultados para cortisol (mcg/dl) fueron 8,11 (6 pm), 5,12 (9 pm), 2,50 (12 pm), 3,09 (3 am), 12,53 (6 am), 15,57 (9 am).

Discusión. Se encontró un ritmo circadiano inverso para leptina (secreción máxima a las 12 pm y a las 3 am) y para cortisol (secreción mínima a las 12 pm y a las 3 am). Estos datos van a favor de que la leptina pueda estar relacionada con la inhibición del eje HHA y coinciden con estudios previos (realizados con un número de individuos mucho menor).

Conclusiones. La leptina en el SFC sigue un ritmo circadiano con pico de secreción nocturna, e inverso al del cortisol. La leptina podría estar relacionada con la inhibición del eje HHA en los pacientes con SFC.

V-124

¿MENOR INCIDENCIA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ENTRE LOS VARONES HIPERTENSOS?

J. Llor Baños¹, S. Álvarez Castañera² y A. Rodríguez

Pacios²

¹Medicina Interna, ²Medicina de Familia. León.

Objetivos. El adenocarcinoma gástrico en la provincia de León tiene una prevalencia que se sitúa alrededor de 25,5 pacientes por 100.000 habitantes, una de las más altas de Europa. Quisimos, entre la población de León, valorar la incidencia ciertos factores de riesgo ambiental que se involucran en la etiología del cáncer gástrico. Concretamente, nos propusimos estudiar la posible influencia del tabaco, el alcohol y la dieta con mayor o menor contenido de sal, en los hábitos contraídos por los pacientes con adenocarcinoma gástrico diagnosticados en nuestro medio hospitalario.

Material y métodos. Se estudiaron 418 pacientes de la provincia de León diagnosticados de adenocarcinoma gástrico tras gastroscopia y subsiguiente anatomía patológica de la lesión gástrica. En cada paciente se recogieron los hábitos confirmados de fumar, beber, y nos servimos del parámetro de la hipertensión arterial (HTA) para discriminar un mayor o menor contenido de sal en la dieta de dichos pacientes. Nos sirvió de control un grupo de 162 personas entre la población general de León sin evidencia de enfermedad neoplásica gástrica.

Resultados. De los 418 casos recogidos de adenocarcinoma gástrico, los hombres (261) superaron a las mujeres (157). Con respecto a la edad se demuestra un acumulo progresivo desde los 50 años, hasta llegar al máximo significativo en la década de los 70-80 años (el 39%). El hábito de fumar se observó en el 31,3% de los pacientes, y el beber en el 26,3%. El grupo de fumadores y bebedores pertenecía casi exclusivamente a los hombres. Del total de los pacientes el 20% eran hipertensos, un 8,3% varones y un 11,7% mujeres. El conjunto de estos resultados fueron analizados por el procedimiento CATMOD de análisis de la varianza, resultando tres los factores determinantes de significación: 1) la HTA ($p < 0,0002$), 2) la edad ($p < 0,0001$), y 3) el ser varón ligado a la HTA ($p < 0,01$).

Discusión. El adenocarcinoma gástrico, aunque se da con mayor incidencia en el hombre respecto a la mujer, el sexo no representa, como tal, un factor diferenciador significativo. De hecho, cuando se restan los factores de fumar y beber en el hombre, el número de casos de adenocarcinoma se igualan entre hombres y mujeres. Tampoco aparecen como factores de riesgo valorables el fumar y el beber si se compara con el alto número de pacientes que no fuman ni beben. Sin embargo, llama notablemente la atención que la HTA sea un factor discriminante significativo dentro de los pacientes con adenocarcinoma gástrico, pero sólo si se tiene en cuenta en el caso

de los varones. En una primera instancia, cabría pensar que a los hombres con HTA les beneficia la dieta con bajo contenido en sal, lo que reduciría el desarrollo del adenocarcinoma gástrico, pero sorprende que ese factor no incida por igual en las mujeres hipertensas. Quizás haya que buscar la explicación de ese descenso de adenocarcinomas gástricos en los hombres hipertensos, en el hecho, ya descrito en la literatura, del descenso de los niveles de testosterona entre los hipertensos varones, y que ese descenso de testosterona estuviera ligado a una acción de inhibición de dicha neoplasia gástrica, como parecen sugerir trabajos experimentales.

Conclusiones. En la población estudiada: 1) Tanto el fumar como el beber, no tienen significación valorable en los pacientes con adenocarcinoma gástrico. 2) Los distintos rangos de edad marcan, por sí solos, diferencias significativas en la distribución del adenocarcinoma gástrico, con independencia del sexo, y de los hábitos tóxicos de fumar y de beber. 3) Los varones hipertensos tienen significativamente un menor índice de adenocarcinoma gástrico.

V-138

ESTUDIO PROSPECTIVO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEOPLASIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Durán, J. Suriñach, E. Domingo, T. Fernández de Sevilla, J. Alegre, A. Segura, C. Alemán y J. Recio
Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. 1) Conocer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes diagnosticados de neoplasia en un servicio de medicina interna. 2) Estudiar las variables: estado funcional, comorbilidad, nivel cognitivo, estado nutricional y extensión de la enfermedad. 3) Conocer los aspectos relacionados con la estancia hospitalaria, derivación tras el diagnóstico, tratamiento recibido y supervivencia al año.

Material y métodos. Durante un período de 43 meses se han diagnosticado de cáncer 312 pacientes, todos con confirmación anatomopatológica. Se han analizado los signos y síntomas, exploraciones realizadas: analítica, técnicas de imagen no invasivas (radiología, tomografía computerizada, ecografía, gammagrafía, resonancia magnética nuclear y otras) e invasivas (fibrobroncoscopia, fibrocolonoscopia y fibrogastrosocopia), así como los métodos diagnósticos y su rendimiento: citología, punción aspiración aguja fina (PAAF), biopsia y pieza quirúrgica. Se ha estudiado en cada paciente: estado funcional (escala de Karnofsky (KPS) y la Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)), estado nutricional, nivel cognitivo (Mini Mental), comorbilidad (escala de Charlson), extensión de la enfermedad, estancia hospitalaria y derivación tras el alta a consultas externas (CCEE) o traslado a planta (oncología, otros servicios, paliativos). Se ha hecho un seguimiento de 12 meses a todos los pacientes, analizando el tratamiento recibido y la supervivencia al año.

Resultados. La edad media es de 66 años. El 75,3% hombres y 24,7% mujeres. Las neoplasias son: respiratorias (R) 44,2%, digestivas (D) 30,1%, hígado y vía biliar 7,4%, genitourinarias 5,8%, adenocarcinoma origen desconocido 5,8%, ginecológicas 3,8% y miscelánea 2,9%. El motivo de consulta más frecuente es el síndrome constitucional (43,9%) asociado a algún otro síntoma. 42% tienen una exploración física normal, y el hallazgo más frecuente es la hepatomegalia en un 40%. El método diagnóstico más utilizado es la PAAF excepto las digestivas. El rendimiento diagnóstico de la PAAF es comparable al de la biopsia. El estado funcional (KPS) es de 70, la comorbilidad de 0 ó 1, y el nivel cognitivo de 26. El estado nutricional es bueno. 57,1% de los pacientes tienen enfermedad diseminada. La estancia hospitalaria media es de 15 días. Tras el diagnóstico, 66,4% de los pacientes son derivados a otros servicios como pacientes ambulatorios. El 72% de los pacientes reciben tratamiento activo, pero la supervivencia al año es inferior al 40%.

Discusión. El riesgo de padecer cáncer aumenta con la edad y el 50% de las neoplasias se diagnostican a partir de 65 años. La oncología moderna ha experimentado un gran crecimiento en los últimos años y reserva los aspectos diagnósticos a otras especialidades médicas. La medicina interna como especialidad integradora debe asumir este papel.

Conclusiones. 1) El perfil del paciente diagnosticado de neoplasia es un varón de 66 años, fumador, que consulta por síndrome constitucional asociado a otro síntoma, con exploración física poco significativa, al que se realizan múltiples exploraciones complementarias

y el diagnóstico anatomopatológico se realiza preferentemente por técnicas citológicas. Las neoplasias más frecuentes son R y D (75%), y en su mayoría tienen la enfermedad diseminada. 2) El estado funcional está conservado, baja comorbilidad, el estado nutricional correcto y nivel cognitivo bueno. 3) La estancia hospitalaria media 15 días. 66,4% son derivados a CCEE tras el diagnóstico. 72% reciben tratamiento activo, pero la supervivencia al año es baja. 4) El conocimiento de las características clínico-epidemiológicas y la evaluación de otras variables (estado funcional, comorbilidad, estado nutricional, diseminación, nivel cognitivo) deben repercutir en una optimización de la estancia hospitalaria, estrategia diagnóstica y terapéutica consensuada y objetiva y una derivación segura y eficiente tras el diagnóstico. Todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de vida y si es posible aumentar la supervivencia.

V-139

FACTORES PRONÓSTICOS EN LA VALORACIÓN INICIAL DE LOS PACIENTES QUE SON DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Domingo¹, J. Suriñach¹, J. Murillo², M. Durán¹, J. Suriñach², T. Fernández de Sevilla¹, C. Alemán¹ y J. Recio¹

¹Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

²Grup de Recerca AQR. Universitat de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Evaluar los factores pronósticos en la valoración inicial de los pacientes que son diagnosticados de cáncer en un Servicio de Medicina Interna (MI), especialmente relacionados con la edad.

Material y métodos. Se han estudiado prospectivamente 224 pacientes con el diagnóstico final de cáncer, en todos los casos con confirmación anatomopatológica (histología/citología). Las neoplasias analizadas fueron respiratorias, digestivas, genitourinarias, adenocarcinoma metastásico de origen desconocido, ginecológicas, hepatobiliares y un grupo miscelánea. En todos los pacientes y con anterioridad al diagnóstico de cáncer se han valorado el estado funcional mediante el Karnofsky Performance Status (KPS), comorbilidad (escala de Charlson), índice de masa corporal (IMC), colesterol y albúmina sérica, el nivel cognitivo mediante el test minimental, la calidad de vida mediante el cuestionario genérico «Short Form 36», la extensión de la enfermedad según los criterios establecidos y la supervivencia. El análisis estadístico se ha realizado utilizando el programa SPSS 11.0 para Windows, seleccionando el método FS-TEP(LR) para construir el modelo y aplicando el modelo de regresión Cox multivariante para el análisis de la supervivencia.

Resultados. Se han analizado 224 pacientes, 167 varones (74,5%) y 57 mujeres (25,5%), con una edad media de $66,1 \pm 12,3$ años. Un 84% de los pacientes han presentado un KPS igual o superior a 70 y en un 74% la comorbilidad según la escala de Charlson ha sido 0 o 1. El IMC ha sido de $24,25 \pm 4,3$, el colesterol sérico $180,7 \pm 4,3$, la albúmina sérica $3,32 \pm 0,5$ y el test minimental $25,4 \pm 3,7$. Se ha observado extensión de la enfermedad en 131 pacientes (58,5%) y enfermedad localizada en 93 casos (41,5%). La supervivencia al año fue de 87 pacientes (38,8%) con una media en días de $203,8 \pm 143$ días. En el modelo de regresión cox multivariante, los factores pronósticos independientes han sido el karnofsky (RR = 0,951; IC 95% = 0,930-0,974; sig < 0,01), la diseminación metastásica (RR = 2,422; IC 95% = 0,1,634-3,571; sig < 0,01), la calidad de vida física (RR = 0,978; IC 95% = 0,962-0,995; sig < 0,01) y la albúmina sérica (RR = 0,653; IC 95% = 0,455-0,936; sig < 0,01).

Discusión. El aumento de la supervivencia de la población general ha supuesto un incremento en la incidencia del cáncer y plantea nuevos retos desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y pronóstico. El manejo del cáncer representa uno de los retos inmediatos de la Medicina Interna, especialmente en los pacientes de mayor edad y, por ello, la integración de los conocimientos entre los distintos profesionales y la aproximación al problema desde un punto de vista multidisciplinar es esencial para mejorar no sólo su supervivencia sino también su calidad de vida. El análisis de los verdaderos determinantes de la supervivencia en la valoración inicial del paciente es fundamental para huir de prejuicios y opiniones preestablecidas y para poder adoptar decisiones objetivas y consensuadas.

Conclusiones. En la valoración inicial, previa al diagnóstico, de los pacientes que finalmente son diagnosticados de cáncer en MI, el es-

tado funcional (KPS), la diseminación, la calidad de vida en su componente físico y la albúmina sérica son los factores pronósticos independientes para la supervivencia. La edad no es un factor pronóstico independiente y no debería ser usado por sí misma para la adopción o no de decisiones diagnósticas y/o terapéuticas.

V-142
CITOCINAS PROINFLAMATORIAS Y PEROXIDACIÓN LIPÍDICA EN LA HEPATOPATÍA CRÓNICA POR VIRUS C
A. Castellano Higuera¹, E. González Reimers¹, M. Alemán Valls¹, F. Santolaria Fernández¹, J. Gómez Sirvent¹, P. Abreu², M. de la Vega³ y M. Alonso Socas¹

¹Medicina Interna, ²Fisiología, ³Laboratorio Central. Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. La hepatopatía crónica por virus C es una enfermedad altamente prevalente y potencialmente grave, pues puede evolucionar a cirrosis hepática y hepatocarcinoma. En la patogenia de la evolución del proceso, desde la etapa de portador con mínima inflamación hepática, a las fases avanzadas de cirrosis y hepatocarcinoma puede influir la peroxidación lipídica y la reacción inflamatoria mediada por citocinas como el TNF alfa, la IL-6, el IFNG y la IL-8 entre otras. El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre peroxidación lipídica (niveles de malondialdehído [MDA]), actividad antioxidante (actividad superóxidodismutasa [SOD] y glutatiónperoxidasa [GPX] en hemáticas y niveles séricos de vitamina A, C y E), diversas interleucinas y gravedad clínica e histológica de la hepatopatía crónica por virus C en 64 pacientes (48 varones de edad media 41,8 ± 8,4 y 18 mujeres de 45,7 ± 10,1 años, 32 de los cuales reconocían adicción a drogas por vía parenteral), comparándolos con 21 controles de similar edad y sexo.

Material y métodos. Todos los pacientes fueron biopsiados, calculándose el índice de Knodell, se cuantificó la carga viral y el genotipo del virus, y se midieron los antioxidantes en sangre y los productos de peroxidación lipídica, y en suero las citoquinas profibrogénicas, marcadores de fibrogénesis y vitaminas.

Resultados. Encontramos que los pacientes tenían valores de TNF-alfa, IL-6 e IL-8 muy superiores a los de los controles (p < 0,001 en todos los casos), así como de MDA (p < 0,001), pero niveles inferiores de vitamina E (p = 0,05). Se observó una relación significativa entre IL-6, TNF-alfa e IFNG y el índice de Knodell (p < 0,05 en todos los casos); del TNF alfa con albúmina, protrombina y GOT, y de la IL-6 con la albúmina (p < 0,05 en todos los casos). No encontramos relación entre la peroxidación lipídica y gravedad histológica o bioquímica, observándose una relación entre GPX y GOT (p < 0,005). Encontramos una GPX más baja en los pacientes ADVP (p < 0,001).

Conclusiones. La gravedad de la hepatopatía por virus C se relaciona más con las interleucinas proinflamatorias que con la peroxidación lipídica, aunque ésta está elevada en los pacientes con respecto a los controles. Agradecimientos. Este estudio ha sido parcialmente financiado por la «Red temática Cooperativa de Investigación en SI-DA (Red de grupos 173) del FIS».

V-158
INGRESOS POR REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE MEDICINA INTERNA

P. Lacasa García, P. Marchena Yglesias, L. Benito Cordón, E. González Higuera, M. Hervás Laguna, M. Ruiz Clemente y J. Dimas Núñez

Medicina Interna. Virgen de la Luz. Cuenca.

Objetivos. Describir las características y el tipo de reacciones adversas medicamentosas (RAM) de los pacientes que ingresan por este motivo en la Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna (UCEMI).

Material y métodos. Se recogieron de forma prospectiva en la UCEMI, 418 pacientes cuyos motivos de ingreso fueron RAM, en un período de tiempo comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2004. Se analizaron el tipo de efecto adverso, los fármacos implicados, el coste generado, la evitabilidad del proceso y en qué nivel asistencial se produjo la sospecha diagnóstica, y se comparó

con otros estudios similares. Estos datos se sometieron al paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados. Durante el período de estudio ingresaron en la UCEMI 4.970 pacientes. Las RAM, un total de 418, constituyeron un 8,41% de los ingresos. La edad media fue de 50 años y se distribuyó equitativamente por sexos. La estancia media fue de 2,61 días, generando un coste total de 279.290 euros. El efecto adverso más frecuente fue la hemorragia digestiva alta (23,4%) seguido de las arritmias (15%) y los trastornos hidroelectrolíticos (8%). Por grupos farmacológicos, los AINEs (24%), los antiarrítmicos (18%), los diuréticos (9,6%), los anticoagulantes orales (9,3%), los antihipertensivos (6,7%) y los antibióticos (6%) fueron los más frecuentemente implicados. Sólo el ácido acetilsalicílico y la digital representaron el 11% y el 10% respectivamente del total de efectos adversos. Un 33% de las RAM fueron inevitables a pesar de la correcta prescripción, seguimiento y dosis. El 66% restante se habrían evitado si se hubiera realizado profilaxis (33%), mayor seguimiento del paciente (31%) y mayor control analítico en aquellos fármacos con estrecho rango terapéutico (30%). La sospecha diagnóstica de la RAM se produjo en un 18,8% de las ocasiones por el médico de atención primaria, y en un 41,3% en el servicio de urgencias, no constanding el diagnóstico de RAM en el 39,9% de los casos a su ingreso.

Conclusiones. Los ingresos por RAM constituyen un importante problema en nuestra unidad de Medicina Interna, generando un importante gasto económico. Los AINES (con la cuarta parte de los ingresos) los antiarrítmicos y los diuréticos son los grupos farmacológicos más frecuentemente implicados, y por principios activos, el ácido acetilsalicílico y la digital. Los efectos adversos más diagnosticados son la hemorragia digestiva alta, las arritmias y los trastornos hidroelectrolíticos. Consideramos que dos tercios de estos ingresos hospitalarios serían prevenibles si la indicación y la dosificación del fármaco hubieran sido adecuados o se hubiese intensificado el seguimiento clínico, analítico y las medidas profilácticas. Por otro lado, en un 40% de las ocasiones, no se reconoció la RAM de forma precoz, lo que contribuye a prolongar la duración de la misma. La elaboración de estrategias más efectivas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos contribuiría a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y a reducir el gasto.

V-167
BORTEZOMIB EN MIELOMA MÚLTIPLE REFRACTARIO O EN PROGRESIÓN

A. Cánovas Fernández, J. Alonso Alonso, G. Barreiro García y C. Aguirre Errazti

Medicina Interna. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

Objetivos. El Bortezomib es un inhibidor reversible de proteasomas, unos sistemas enzimáticos que intervienen en la degradación de diversas proteínas del ciclo celular. Por este mecanismo puede detener el crecimiento tumoral produciendo apoptosis pero también tiene actividad antiangiogénica y otras propiedades antitumorales aún por determinar. Por su eficacia en el mieloma múltiple (MM) ha sido aprobado recientemente para su utilización en esta enfermedad. Nuestro objetivo es presentar la experiencia con Bortezomib en una serie de pacientes con MM resistente o en progresión tras 2 ó más pautas de quimioterapia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con MM resistente o en progresión después de 2 o más pautas que fueron tratados con Bortezomib en el S. de M. Interna en el período que transcurre del 1-6-04 al 31-7-05. El esquema utilizado fue de 1,3 mg/m² iv. en «bolus» en 3-5 seg. dos veces por semana durante 2 semanas que se repite cada 3 semanas lo que constituye un ciclo. Se asociaba dexametasona si no había respuesta tras 4 ciclos o tras progresión después de 2. El número de ciclos fue de 2 más tras la respuesta completa (RC) si se consigue; los pacientes con otro tipo de respuesta se trataron con un máximo de 8 ciclos. Se consideró RC a la desaparición del componente monoclonal (CM) sérico y/o urinario, respuesta parcial (RP) a la reducción del CM sérico de > del 50% del valor inicial y > del 90% del urinario, respuesta menor (RM) si la reducción del CM sérico era de > 25% y < del 50%, enfermedad estable (EE): si la reducción del CM sérico era < del 25% inicial sin datos de progresión. Como eficacia del tratamiento se evaluó: el grado de respuesta, el tiempo hasta progresión (definida como cambio de tratamiento o fallecimiento), y la supervivencia me-

dia global. Se analizó la toxicidad con referencia a los efectos secundarios hematológicos y extra-hematológicos. Métodos estadísticos: Estadística descriptiva y curvas de supervivencia de Kaplan y Meyer. **Resultados.** Se trataron 45 pacientes con edad media de 65,8 y mediana de 73 (55-79) años. Tipo de paraproteína: IgG 9, IgA 3, MM no secretor 1; Capacidad funcional según ECOG (1-4): uno en estadio 4, cinco en estadio 3 y siete entre 1 y 2. El número de tratamientos previos osciló entre 2 y 7 con una mediana de 3; seis pacientes completaron 8 ciclos y seis recibieron dexametasona. Tres no fueron valorables para la respuesta por fallecimiento precoz durante la administración del primer ciclo pero se incluyen para el análisis de la toxicidad. Un paciente obtuvo RC (10%), 5 RP (50%) y 2 RM (20%). La enfermedad permaneció estable en 1 (10%) y progresó en otro (10%). La mediana de tiempo hasta progresión fue de 10,2 meses y la supervivencia media global de 14 meses con una mediana de observación de los pacientes vivos de 8 meses (0,7-14 meses). De los 6 que recibieron dexametasona, 2 respondieron. El paciente con RC presentaba amiloidosis asociada sintomática que también respondió a Bortezomib. La toxicidad hematológica consistió en trombocitopenia reversible y sin complicaciones hemorrágicas. La extrahematológica: polineuropatía grado II en 4 y grado III en uno; todos mejoraron al reducir la dosis a 1 mg/m². Hiponatremia (Sodio < de 120 mEq/dl) en 2 y astenia y anorexia grado III en uno. Otros efectos grados II o menor fueron diarreas en 1, estreñimiento en 2 e hipotensión en 1.

Discusión. Bortezomib pertenece a un grupo de nuevas moléculas que han mostrado actividad en el MM, con mecanismo diferente al de la quimioterapia convencional. La mediana de supervivencia y el tiempo hasta fallo han sido similares a lo referido por la literatura y suponen un avance respecto a la evolución comunicada con tratamiento de quimioterapia convencional o dexametasona en este tipo de pacientes con edad avanzada y MM muy tratado. Los efectos secundarios son controlables y la mayoría reversibles.

Conclusiones. La actividad de Bortezomib en este grupo de pacientes con MM muy pretratados es esperanzadora. Es probable que la utilización más precoz de Bortezomib y su asociación con otros fármacos anti-mieloma consiga mejorar los resultados actuales.

V-169 TRASPLANTE AUTÓLOGO EN MIELOMA MÚLTIPLE. EXPERIENCIA EN 45 PACIENTES

G. Barreiro García¹, A. Cánovas Fernández¹, J. Alonso Alonso¹, J. García Ruiz¹, E. Amutio Díez², I. Hernández Ontoria², C. Álvarez Martínez² y F. Floristán Goñi¹

¹Medicina Interna, ²Hematología. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

Objetivos. El tratamiento intensivo de quimioterapia a dosis altas con autotrasplante de precursores hemopoyéticos (TASPE) se considera la opción actual con mayor eficacia en pacientes con mieloma múltiple (MM) menores de 65-70 años. La ventaja de los nuevos tratamientos (Talidomida, Bortezomib) y de otros tipos de trasplante (allogénico o alogénico con intensidad reducida) todavía no se ha demostrado en ensayos clínicos contrastados. Nuestro objetivo es presentar los resultados del TASPE en una serie de 45 pacientes tratados conjuntamente en los Servicios de Medicina Interna y Hematología.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con MM tratados con TASPE desde diciembre de 1994 a julio de 2005. Fueron 45, 29 varones y 16 mujeres, con edad media de 55,5 años (31-69). Tipo de paraproteína: IgG: 22; IgA: 13; cadenas ligeras: 9 y no secretor: 1, 27 kappa y 17 lambda. Estadio de Durie y Salmon al diagnóstico: 10: I, 15: II y 20: III. Cuarenta se presentaron con función renal normal y 5 tenían insuficiencia renal. Con el nuevo índice pronóstico ISS: veintitrés estaban en estadio I, once en estadio 2, ocho en estadio 3 y en tres no se pudo determinar. El intervalo medio desde el diagnóstico hasta el trasplante fue de 1,5 años (0,4-12). El motivo del TASPE fue tratamiento de primera línea tras quimioterapia reductora de masa tumoral en 37 y recaída o refractariedad en 8 (dos de estos últimos pacientes recibieron un trasplante alogénico y un alogénico de intensidad reducida respectivamente de hermano histocompatible tras recaída de TASPE). Como eficacia del tratamiento se evalúa la respuesta, el tiempo hasta fallo (muerte o cambio de tratamiento), supervivencia desde el trasplante y super-

vivencia global. Métodos estadísticos: estadística descriptiva y tablas de supervivencia de Kaplan y Meyer.

Resultados. Un paciente falleció en el período peritransplante por sepsis durante el período de neutropenia (mortalidad relacionada con el tratamiento: 2%). Se obtuvo respuesta completa en 37 pacientes (82%), parcial en 2 (4%), no respondieron 4 (9%) y 2 se encuentran en aún en evaluación. La mediana hasta fallo del TASPE ha sido de 3 años con mediana de observación de pacientes sin fallo de 2,2 años; la mediana de supervivencia desde el trasplante de 6,5 años, con mediana de observación de los pacientes vivos de 3,5 años y la mediana de supervivencia, desde el inicio de la primera quimioterapia, de 8,5 años con mediana de observación de los pacientes vivos de 8,5 años.

Discusión. La superioridad del tratamiento intensivo seguido de autotrasplante de precursores hemopoyéticos sobre el tratamiento convencional en el MM se comunicó por primera vez por el IFM (Intergroupe Français du Myelome) en 1996. Estos resultados se han visto confirmados por otros ensayos, el último de los cuales ha sido el del MRC (Medical Research Council) con 401 pacientes en 2004. Nuestros resultados en cuanto a respuesta, supervivencia global y supervivencia hasta fallo son similares a los recogidos en otras series de la literatura y mejores que los referidos a la quimioterapia convencional, con una mortalidad no superior. Son destacables la elevada tasa de respuestas completas con una mediana hasta fallo del TASPE de 3 años y las medianas de supervivencia post-trasplante y post quimioterapia inicial de 6,5 y 8,5 años respectivamente.

Conclusiones. Nuestros resultados con TASPE en MM confirman la superioridad de este proceder frente a lo comunicado con quimioterapia estándar. Otras opciones para mejorar el tratamiento del MM están en la actualidad en investigación: nuevas moléculas como Bortezomib y Talidomida o sus análogos, con o sin quimioterapia, trasplante alogénico de intensidad reducida («mini-alo») y combinaciones de TASPE con mini-alo. Hasta que otras terapias no demuestren mayor eficacia que el TASPE, este se debe ofrecer a todos los pacientes con MM con menos de 65-70 años sin contraindicaciones para el mismo.

V-170 TRATAMIENTO POR VÍA ORAL DEL DÉFICIT DE VITAMINA B12

A. García Martínez¹, M. Peña Zemsch², R. Rabuñal Rey², R. Monte Secades², M. Bal Alvaredo², E. Casariego Vales² y J. Guerrero Lombardía¹

¹Hospitalización a domicilio, ²Medicina Interna. Xeral-Calde. Lugo.

Objetivos. Evaluar si el tratamiento oral (TO) del déficit de B12, con los preparados presentes en el mercado español, es eficaz, y puede convertirse en una alternativa al tratamiento parenteral (TP).

Material y métodos. Desde septiembre de 2003 a septiembre de 2004 se ofreció a los pacientes seguidos en consulta por déficit de vitamina B12 iniciar TO con cianocobalamina a dosis de 1 mg/día (Neuromade, Benexol) o TP con cianocobalamina intramuscular. Se realizó control de hemograma y niveles de B12 a los 2, 4, 6 y 12 meses.

Resultados. Se reclutaron 27 pacientes, 14 mujeres y 13 varones, con edad media de 75,6 ± 8,6 años. Por etiologías el 25,9% eran gastrectomizados (todos varones) y el 74,1% anemias perniciosas. Once (40,7%) pacientes tomaban fármacos que interfieren en la absorción de B12 (Antisecretorios, hipolipemiantes, metformina). En 11 (40,7%) pacientes se inició directamente TO; en ellos la hemoglobina aumentó de 11,2 ± 2,4 a 13,3 ± 1 a los 2 meses de tratamiento (p = 0,03), manteniéndose en 13,9 ± 1,3 a los 12 meses. Los niveles de B12 ascendieron de 139 ± 33 a 438 ± 151 (p = 0,0001) a los dos meses, con cifras de 853 ± 169 a los 12 meses. En los 16 pacientes que ya estaban con TP se cambió a TO sin incidencias, sin observar descenso en los niveles de hemoglobina (de 13,7 ± 1,3 a 13,9 ± 1,1, p = ns) ni de B12 (de 603 ± 237 a 604 ± 276, p = ns) a los 12 meses de seguimiento. Se compararon los pacientes por sexos, etiologías y toma de fármacos que interfieren en la absorción no hallándose diferencias significativas entre ellos. Durante el seguimiento no se demostraron recaídas, ni hubo efectos adversos relacionados con el tratamiento. Todos los pacientes mostraron su preferencia por el tratamiento oral a pesar de que no está financiado por el SNS.

Conclusiones. El tratamiento con cianocobalamina por vía oral a dosis de 1 mg/día es seguro y eficaz para tratar a los pacientes con déficit de vitamina B12, independientemente de su etiología.

V-171

ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO

M. Medina Abellán¹, R. Ramos Guevara¹, M. Barrio Valencia¹ y J. Pereñíguez Barranco²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ²Consulta de Atención Primaria. Centro de Salud. Espinardo, Murcia.

Objetivos. Descripción de las características, clínicas, epidemiológicas y evolutivas de los pacientes con enfermedad celiaca.

Material y métodos. Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de enfermedad celiaca en el Servicio de Medicina Interna entre los años 1996-2004.

Resultados. Se diagnosticaron 16 pacientes, 13 mujeres (81%) y 3 varones. La edad media fue de 41 años (15-67). El 45% de los pacientes estaban diagnosticados de anemia ferropénica crónica de origen no filiado, 7 pacientes (43%) presentaban enfermedades neuropsiquiátricas asociadas (síndrome depresivo, epilepsia, pica, cuadro esquizoide), dos pacientes (16%) estaban en seguimiento por hepatopatía crónica (ictericia recurrente, hepatitis autoinmune) otro por tiroiditis de Hashimoto y otro paciente fue diagnosticado de miocarditis. El sintoma/signo que más frecuentemente motivó la consulta fue la diarrea crónica (37%) y el cuadro constitucional (31%). Los datos analíticos más relevantes fueron la anemia (69%) de características ferropénicas en el 45% de los casos, hipoalbuminemia severa (19%) y elevación de transaminasas (51%). En 11 pacientes (69%) se llegó al diagnóstico mediante biopsia duodenal y en el resto tras la mejoría clínica, analítica y descenso del título de anticuerpos al introducir una dieta sin gluten. La evolución clínica fue favorable en 12 pacientes. Han desarrollado neoplasias 4 pacientes (25%): Linfoma no Hodgkin T intestinal, Leucemia mielomonocítica crónica, y dos pacientes Adenocarcinoma de colon. Un paciente fue éxitus por complicaciones infecciosas.

Conclusiones. La anemia ferropénica es la presentación clínica más frecuente de celiacía en adultos. Es importante el seguimiento periódico, aunque el paciente se mantenga asintomático, dado el riesgo de neoplasias asociadas. Es aconsejable investigar a los familiares próximos de los pacientes por la alta prevalencia de enfermedad subclínica (se calcula que existen de 10 a 40 casos no diagnosticados, por cada caso identificado) y una mayor incidencia de neoplasias.

V-196

¿QUIEREN NUESTROS PACIENTES CONOCER LA VERDAD EN EL CASO DE SER DIAGNOSTICADOS DE UN CÁNCER?

J. González Moraleja, M. E. López Rodríguez, A. Sánchez Castaño, A. Alguacil Muñoz, E. Ortiz, G. Muñiz Nicolás, J. Troya y A. Moreno

Medicina Interna. Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos. 1) Conocer cómo desearían los pacientes del área de salud de Toledo que se les dieran las malas noticias en el supuesto de padecer una enfermedad maligna. 2) Conocer cómo dan las malas noticias los médicos del Complejo Hospitalario de Toledo.

Material y métodos. Sujetos del estudio. Subestudio: 1) Pacientes que acudieron a las consultas de medicina interna del Complejo Hospitalario de Toledo. Se han excluido aquellos diagnosticados de cáncer, infección VIH y depresión severa. Subestudio 2) Médicos del Complejo Hospitalario de Toledo. Ámbito del estudio. Área de salud de Toledo que comprende unos 32.000 habitantes. Instrumentos de medida y Determinaciones A médicos y pacientes se les pasó una encuesta anónima y voluntaria con un supuesto de diagnóstico de cáncer para, a continuación, hacerles una serie de preguntas sobre si revelarían o no el diagnóstico o si desearían o no que se les dijese la verdad en ese supuesto. Se hicieron también preguntas sobre quién debe tomar la decisión de conectar un paciente a una máquina (medidas de soporte vital) Las respuestas se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 10. Chicago. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test de la Chi cuadrado.

Resultados. Trescientos ochenta y seis pacientes constituyeron los sujetos del estudio. La edad media fue de 50,9 + 17 años. De ellos, 259 (67,1%) fueron mujeres. La mayoría, 267 (69,4%) tenían un procedencia rural. Trescientos treinta y seis (87%) eran creyentes. Sólo 29 pacientes (7,5%) tenía estudios superiores. Ante el supuesto imaginario de padecer una enfermedad maligna grave 325 pacientes (84,2%, IC 95%: 80-87%) contestaron que si desearían que su médico les dijese la verdad. Sin embargo cuando en el supuesto a quién se diagnosticaba de cáncer no era al entrevistado sino un familiar suyo, sólo 197 (51%, IC 95%: 46-56%) contestaron que si querían que se les dijese la verdad. En la comparación de las respuestas dadas a la primera pregunta según el sexo, procedencia rural o urbana, edad, ser o no creyente y nivel de estudios, no hubo diferencias significativas excepto en la edad y por el nivel de estudios. Los más jóvenes y con un nivel de estudios superior quisieron saber la verdad en una proporción superior al resto. Del total de 308 pacientes, 212 (56%, IC 95%: 51-61%) opinaron que la decisión de iniciar o no medidas de soporte vital debe ser una decisión en exclusiva del propio paciente, mientras que 65 (17%, IC 95%: 14-20%) creen que debe ser una decisión exclusivamente del médico. De los 170 médicos que contestaron la encuesta, sólo 91 (54,5%) revelarían espontáneamente el diagnóstico de cáncer al propio paciente aunque éste no les hiciera ninguna pregunta, mientras que 160 (94%) revelarían la verdad a la esposa o al marido en las mismas circunstancias.

Conclusiones. 1) La mayoría (84%) de nuestros pacientes querían que se les dijese la verdad en caso de padecer una enfermedad maligna 2) Nuestros pacientes no son tan autonomistas cuando el paciente es un familiar suyo muy querido. En este caso sólo el 51% quería que se le dijese la verdad mientras que el resto preferiría que se le ocultase. 3) Sólo el 54% de nuestros médicos revelarían espontáneamente la verdad a un paciente con cáncer, aunque la gran mayoría (94%) si se lo diría a su familia 4) Entre un 15-17% de nuestros pacientes opinan que la decisión de tomar medidas de soporte vital corresponde en exclusiva al médico. Esta respuesta contrasta con lo que dicen los médicos que opinan que ésta es una decisión del médico exclusivamente en un 35% de los casos. Los médicos más jóvenes y residentes tienden a darle más protagonismo al paciente o a sus familias o a una decisión conjunta en estos casos.

V-198

MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

M. Martín Escalante¹, R. Quirós López¹, J. Ruiz Mesa¹, L. Mérida Rodrigo¹, J. Aguilar García¹, S. Domingo González, A. Jiménez Puente² y J. García Alegría¹

¹Unidad de Medicina Interna, ²Unidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar los resultados asistenciales, técnicas de imagen, diagnóstico histopatológico y tratamiento de pacientes con nódulo tiroideo.

Material y métodos. Estudio descriptivo en el que se incluyen variables demográficas, clínicas, radiológicas y terapéuticas de los pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo. Análisis retrospectivo de los pacientes valorados con diagnóstico de nódulo tiroideo en el Servicio de Medicina Interna de un hospital general (CMBD), que atiende una población de unos 250.000 habitantes, durante el año 2.002. Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó el programa SPSS 12.0.

Resultados. Se incluyeron un total de 47 pacientes, de los que un 74,5% eran mujeres, con una edad media de 44,4 años. La presencia del nódulo fue advertida por el propio paciente en un 65,9% de los casos, en un 8,5% por técnicas de imagen hechas en el seguimiento de otras patologías y en un 25,5% de los casos por otros especialistas a partir de la exploración física. La valoración radiológica inicial se llevó a cabo en el total de los pacientes mediante ecografía cervical. El tamaño medio del nódulo fue de 2,9 + 1,38 cm, los márgenes eran irregulares en un 8,6% de los nódulos examinados. La presencia de microcalcificaciones en el interior del nódulo se constató en un 10,6% de los pacientes. La presencia de adenopatías se pudo demostrar en un 8,7% de los enfermos mediante ecografía. En un 29,8% de los enfermos se realizó una gammagrafía tiroidea y en el 76,9% de las mismas se detectó una nodulación con

carácter frío. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) se realizó en el 100% de los enfermos. Un 46,8% correspondieron a proliferación folicular, un 27,7% a material coloide; en un 10,6% se obtuvo material hemático y en un 4,3% la muestra fue insuficiente para diagnóstico (a pesar de repetir el procedimiento). En un 2,1% se informó como presencia de células de Hürthler y en otro 2,1% como neoplasia papilar de tiroides. Se realizó cirugía a un total de 21 enfermos, tras la misma, el resultado anatomopatológico fue de adenoma folicular en un 34,6%, quiste coloide en el 23,1% de los casos, bocio adenomatoso en un 19,2%, carcinoma de células de Hürthler en un 7,7%; un 7,7% se diagnosticó como carcinoma folicular y un 3,8% como carcinoma papilar.

Discusión. En lo relativo a la eficiencia de la PAAF, los datos de nuestro hospital son comparables a los descritos en otros centros que atienden este tipo de patología. Igualmente las características demográficas de nuestros pacientes y los resultados anatomopatológicos se ajustan a lo descrito en la literatura.

Conclusiones. En nuestro medio la presencia de nódulos tiroideos es más frecuente en la mujer y en los menores de 40 años. En la mayoría de los casos es el propio paciente el que detecta la presencia del nódulo tiroideo. La punción aspiración con aguja fina se muestra como una técnica segura, que permite un diagnóstico histológico hasta en un 58,7% de los casos con única muestra y hasta en un 95,7% en sucesivas muestras. Por último, en nuestros pacientes, el diagnóstico final más frecuente fue el de nódulo tiroideo con adenoma folicular seguido de nódulo coloide, registrándose un total de 5 casos de cáncer de tiroides (correspondientes a un 10,6% del total).

V-207

ÍNDICES DE DISCAPACIDAD COMO MARCADORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA AGUDA

J. García Aparicio, R. Jorge Sánchez, L. Corral Gudino y J. Herrero Herrero

Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca.
Hospital Los Montalvos. Salamanca.

Objetivos. Valorar el comportamiento de los índices de AVD, de Barthel y de Rankin, y del índice RUG T18 respecto a la mortalidad hospitalaria, duración de la estancia y reingreso a los 30 días en pacientes hospitalizados por bronquitis aguda, exacerbación de EPOC, asma bronquial o neumonía.

Material y métodos. Pacientes: pacientes consecutivos, no seleccionados, ingresados en nuestro servicio. Métodos: los índices de discapacidad fueron calculados durante las primeras 24 horas del ingreso. La asociación de cada uno de ellos y las variables «probabilidad de muerte» y «probabilidad de reingreso» fue valorada mediante regresión logística. Se construyeron curvas ROC para estudiar la capacidad predictiva de cada uno de los índices. Para la «duración de la estancia» se realizaron correlaciones con los distintos índices, estableciéndose modelos de regresión lineal en los casos en los que la correlación fue significativa. Para el estudio de la variable RUG categorizada se utilizó el estadístico «U» de Mann Whitney.

Resultados. Se estudiaron 391 pacientes cuya edad fue de 79 ± 10,3 años (media ± DE). El 60,6% eran varones. La mortalidad fue de 8,4%, la estancia media de 6,61 ± 3,8 días, y el porcentaje de reingreso a los 30 días de 6,39%. El valor medio del índice de Barthel fue 74,32 ± 36 y el de Rankin 2,89 ± 3,85. El 4,1% de los enfermos se incluyó en la categoría «S» de «cuidados especiales» del RUG T18. La tabla 1 resume el comportamiento de los índices respecto a la mortalidad intrahospitalaria (el estadístico de Wald no fue significativo para el índice Rankin). Sólo el índice Rankin se relacionó (Wald: 0,002) con la variable reingreso (OR: 1,48; IC 95%: 1,15-1,91; Área bajo curva 0,65; IC 95%: 0,56-0,75). Los índices de AVD, Barthel y Rankin alcanzaron niveles significativos de correlación (Pearson; p < 0,05) con la duración de la estancia, siendo los valores de R² de 0,026, 0,036 y 0,018, respectivamente para cada uno de ellos. Los pacientes de la categoría «S» del RUG T18 tuvieron estancias medias superiores a las de los «clínicamente complejos» (categoría «C») (9,8 ± 6 frente a 6,5 ± 3,8 días; «U» de Mann Whitney, p = 0,04).

Discusión. Los índices AVD, Barthel y RUG T18 se asociaron con la probabilidad de muerte hospitalaria, aunque su capacidad predictiva fue baja. Sólo el Rankin se mostró estadísticamente relacionado

con la probabilidad de reingreso, pero el ajuste del modelo no fue buena y su capacidad predictiva, también, baja. Todos los índices de discapacidad estudiados estuvieron estadísticamente relacionados con la estancia media.

Conclusiones. Las puntuaciones de distintos índices de discapacidad en pacientes con patología respiratoria aguda se asocian a la probabilidad de muerte hospitalaria y a la duración del ingreso, aunque poseen una baja capacidad predictiva.

Tabla 1. Mortalidad durante el ingreso.

| Índice de discapacidad | n | Coef | Err. est. | OR | IC 95% | Área bajo curva (ROC) | IC 95% |
|------------------------|-----|-------|-----------|------|-----------|-----------------------|-----------|
| RUG (cat) | 327 | 1,9 | 0,59 | 6,99 | 2,2-22 | ns | — |
| AVD | 328 | 0,22 | 0,10 | 1,3 | 1,03-1,5 | 0,63 | 0,5-0,75 |
| Barthel | 314 | -0,01 | 0,01 | 0,99 | 0,98-0,99 | 0,66 | 0,55-0,78 |

V-222

EPOC: TÉCNICA DE INHALACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA

S. Yagüe Vallejo, J. Martín Escudero, M. Vidales Miguelez, B. Cartón Manrique, P. Hidalgo García, R. Alonso Avilés y A. Aguado de la Fuente

Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Los pacientes con EPOC, durante su hospitalización son tratados habitualmente con broncodilatadores en aerosol, medicación que al alta es sustituida por inhaladores. De no ser correcta su técnica de aplicación la medicación puede no ser eficaz y esto condicionar un deterioro e incluso su reingreso. Hemos querido evaluar la técnica de inhalación al alta de nuestros pacientes.

Material y métodos. Entrevistamos 115 pacientes consecutivos, ingresados en nuestro Centro por descompensación de su EPOC, entre enero y mayo de 2005. Aplicamos una encuesta protocolizada, valorando la técnica de inhalación en el período inmediato al alta. Los valores se expresan en% y media ± desviación típica.

Resultados. Los pacientes tenían una edad media de 75,7 ± 9 años, el 73% son varones. Han ingresado una media de 5,1 ± 5,7 veces en los últimos 5 años. El 68% están diagnosticados de EPOC hace más de 10 años, con un consumo de tabaco medio de 38,5 ± 42,3 paquetes-año. Solo el 7% realiza correctamente los 11 pasos de la técnica de inhalación (tabla), el 30% realiza 7 de 11, el 50% solo realiza 5 de los 11 pasos bien. Declaran haber sido instruidos por un médico (80%) y en el hospital el 65,2%.

Discusión. Pese a ser pacientes EPOC «veteranos» con varios ingresos, son una minoría los que realizan una técnica inhalatoria correcta y obtienen el máximo beneficio de los broncodilatadores inhalados.

Conclusiones. No son suficientes las explicaciones y la enseñanza que les damos respecto a la técnica de inhalación correcta. Es posible que esto condicione un deterioro al alta de la calidad de vida de estos pacientes o incluso condicione su reingreso. Es necesario que otros profesionales sanitarios se impliquen en esa educación, como los profesionales de enfermería hospitalaria y los equipos de atención primaria.

Técnica de inhalación.

| Paso de la técnica | % Correcto |
|---------------------------------------|------------|
| Agitar previamente | 77,4 |
| Cargar dosis -si procede- | 87,8 |
| Espiración prolongada previa | 52,5 |
| Adaptar labios al dispositivo | 76,5 |
| Inhalar por la boca tras el disparo | 65,2 |
| Intentar apnea 10 seg tras inhalación | 40,9 |
| Espirar progresivamente | 50,4 |
| Esperar 1 min antes de repetir dosis | 40 |
| Gárgaras tras inhalación | 39,1 |
| Conoce dosis y horario inhaladores | 79,1 |
| Conoce tipo y orden de aplicación | 25,5 |

V-225

EPOC: HABILIDADES FISIOTERAPÉUTICAS DE NUESTROS PACIENTES

M. Vidales Miguelez, J. Martín Escudero, S. Yagüe Vallejo, R. Alonso Avilés, B. Cartón Manrique, P. Hidalgo García y A. Aguado de la Fuente

Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Existe evidencia de grado A de que los programas de rehabilitación controlados reducen la intensidad percibida de disnea, producen un aumento de tolerancia al esfuerzo más allá del beneficio obtenido con el tratamiento farmacológico, y una mejoría de la calidad de vida de los pacientes con EPOC. Hemos evaluado la habilidad de nuestros pacientes para realizar estos ejercicios en el momento del alta hospitalaria.

Material y métodos. Entrevistamos 115 pacientes consecutivos, ingresados en nuestro Centro por descompensación de su EPOC, entre enero y mayo de 2005. Aplicamos una encuesta protocolizada, valorando las técnicas de fisioterapia respiratoria en el periodo inmediato al alta. Los valores se expresan en % y media ± desviación típica.

Resultados. Los pacientes han ingresado una media de 5,1 ± 5,7 veces en los últimos 5 años. Solo el 60% realiza una técnica de espiración adecuada: inspira lentamente a través de la nariz con la boca cerrada (86,1); pone los labios como para apagar una vela o silbar (85,2); espira lentamente a través de los labios semi-cerrados (74,8) y la espiración dura el doble de la inspiración (65,2). Solo el 45% sabe realizar ejercicios de respiración diafragmática correctamente (tabla). Apenas un 3,5% de los pacientes realiza una técnica de tos controlada correcta, el 78% solo realiza bien 3 de 7 pasos y el 42% no realiza correctamente ni un solo paso de la técnica de tos eficaz (tabla).

Discusión. Nuestros pacientes EPOC, en su mayoría de grado severo, desconocen en gran medida los ejercicios fisioterapéuticos que les podrían ser favorables, sobretodo los destinados a lograr una tos eficaz. De conseguirlo se podría reducir la intensidad percibida de su disnea, aumentar su tolerancia al esfuerzo y alcanzar una mejoría de su calidad de vida.

Conclusiones. Los resultados hallados plantean la necesidad de programas de rehabilitación controlados que puedan mejorar estos aspectos (disnea, tolerancia al esfuerzo y calidad de vida), quizá con ello se reduzcan también los frecuentes reingresos de estos pacientes.

Respiración diafragmática (% correcto).

| | |
|--|------|
| Sentado o tumbado, rodillas flexionadas coloca las manos sobre abdomen | 68,7 |
| Inspira profundamente a través de la nariz, con boca cerrada | 64,3 |
| Al inspirar el abdomen se distiende elevando las manos | 55,7 |
| Coloca los labios como si fuese a silbar y espira lentamente | 49,6 |

Técnica de tos eficaz (% correcto).

| | |
|--|------|
| Respira lenta y profundo, mientras está sentado | 53 |
| Utiliza la respiración diafragmática | 30,4 |
| Contiene la respiración 3-5 seg y espira lentamente | 22,6 |
| Inspiración profunda y tose con fuerza dos veces, corta y forzada. | 22,6 |
| Tose de forma controlada 3 ó 4 veces al día | 17,4 |
| Tose de forma controlada antes de las comidas | 7 |
| Realiza enjuague de boca después de tose | 7 |
| Descansa de 15 a 30 minutos después de cada sesión | 12,2 |

V-236

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA, NO SE DIAGNOSTICA AQUELLO EN LO QUE NO SE PIENSA. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE SIETE CASOS MANEJADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. García Oria¹, M. González García¹, V. Robles Marinas¹, A. Velasco², J. Fernández García¹, C. Gutiérrez del Río² y R. Fernández Alonso¹

¹Servicio de Hematología-Hemoterapia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes (SESPA). Gijón, Principado de Asturias.

Objetivos. La Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) es un complejo síndrome caracterizado por trombopenia, trombosis a muy diferentes niveles, trastornos neurológicos y posible afectación renal; las manifestaciones clínicas guardan relación con la precocidad del diagnóstico, así como su gravedad. Estamos convencidos de que muchos pacientes fallecen por esta causa, sin que llegue a sospecharse. Son piezas clave en el diagnóstico el clínico y el hematólogo; una revisión metódica de los frotis de sangre periférica es quizás la pista más segura para sospechar el diagnóstico; en efecto, la trombopenia, asociada a hemáties fragmentados (esquistocitos, hemáties en casco, ...) sugieran el diagnóstico con mucha firmeza. La precocidad diagnóstica, marca la evolución y el pronóstico de estos pacientes.

Material y métodos. En estos últimos treinta años hemos diagnosticado 7 casos de PTT en adultos. Todos ellos eran pacientes ingresados en otros Servicios por las más diversas causas especialmente en Medicina Interna y Cuidados Intensivos. Ninguno había ingresado en el Servicio de Hematología-Hemoterapia con una sugerencia diagnóstica en este sentido o para tratamiento.

Resultados. 1) Había predominio de varones sobre las hembras (4 varones/3 mujeres). 2) La edad media era de 47 años con edades extremas de 21 y 79. 3) Dos casos (28%) correspondían a dos pacientes con cáncer Terminal y metástasis generalizadas. 4) El motivo de la consulta al Servicio de Hematología fue sistemáticamente por trombopenia y anemia o pancitopenia. El examen del frotis orientó hacia el diagnóstico de los casos. 5) La precocidad del diagnóstico conllevó una rápida respuesta al recambio plasmático. 6) Respondieron al recambio plasmático el 100% de los casos, considerándose el tratamiento ideal. 7) El resultado final al día de hoy fue el siguiente: Los dos casos relacionados con cáncer metastásico fallecieron a corto plazo. Y, en cuanto se vió que eran casos irreversibles se prescindió del recambio plasmático. Los 5 casos restantes evolucionaron de este modo: Todos ellos viven con una supervivencia media de 5 años. Tres casos, no han recaído nunca. Dos casos, han recaído; uno de ellos precozmente haciendo otras 2 recaídas ulteriormente; el otro, sólo ha recaído una vez. El recambio plasmático, permitió controlar con éxito las recaídas.

Conclusiones. 1) La precocidad en el diagnóstico de la PTT, mejora inicialmente el pronóstico. La sospecha clínica y examen de sangre periférica, son elementos básicos para el diagnóstico precoz. 2) El recambio plasmático es el tratamiento ideal en estos pacientes.

COMUNICACIONES PÓSTERS

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

A-001

AISLAMIENTO DE CONTACTO PREVENTIVO EN PACIENTES PROCEDENTES DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS, ¿ES UNA MEDIDA EFICAZ?

A. Lérída Urteaga¹, M. Bas Xarau², C. Ruiz Mora²
y M. Javaloyas de Morlius¹

¹Medicina Interna, ²Enfermera Control Infección.
Hospital de Viladecans. Viladecans, Barcelona.

Objetivos. 1) Evaluación de la incidencia de colonización por microorganismos multirresistentes en pacientes procedentes de residencias geriátricas (RG) que ingresan. 2) Valorar la eficacia de esta medida en cuanto a la presencia de infecciones por dichos microorganismos en el hospital.

Material y métodos. Durante un período de trece meses consecutivos se detectaron en urgencias los pacientes procedentes de RG con presencia de úlceras de decúbito, heridas abiertas y a los portadores de sonda nasogástrica, gastrostomía, traqueostomía o sonda vesical considerando estos como posibles reservorios. Se evaluaron también los pacientes trasladados desde otros centros hospitalarios o con ingresos recientes. A los pacientes que requerían ingreso se les realizó en urgencias frotis nasal, perianal, de las úlceras y heridas abiertas, gastrostomía, traqueostomía y cultivo de orina (si sonda vesical) e ingresaron en habitación individual con medidas de aislamiento de contacto. Durante el ingreso se realizó seguimiento prospectivo diario por parte de la enfermera de control de infección; si todos los cultivos practicados resultaban negativos se retiraba el aislamiento.

Resultados. Se evaluaron 153 pacientes. Ciento un pacientes requirieron ingreso hospitalario, de ellos 35 (34,7%) estaban colonizados por MRSA. No se detectaron colonizaciones por otros microorganismos multirresistentes. Treinta y uno (88,6%) procedían de RG, 3 (8,6%) habían sido trasladados desde otro centro hospitalario y un paciente (2,8%) había estado recientemente ingresado en otro centro hospitalario. De estos 35 pacientes, 30 (85,7%) eran portadores de úlceras por presión, 8 (22,9%) de sonda vesical, 5 (14,3%) tenían alguna herida abierta y 3 (8,6%) sonda nasogástrica o gastrostomía. Durante el periodo de estudio se detectaron 5 infecciones por microorganismos multirresistentes en el hospital.

Conclusiones. 1) Los pacientes procedentes de RG con posibles reservorios para microorganismos multirresistentes, fundamentalmente portadores de úlceras por presión, presentan una elevada tasa de colonización por MRSA. 2) El rendimiento del aislamiento de contacto preventivo es alto. 3) La procedencia de RG debe alertar a los hospitales referentes de la necesidad de tomar medidas encaminadas al control de infecciones por microorganismos multirresistentes.

A-002

TERAPIA AGRESIVA EN LEISHMANIASIS VISCERAL NO CONTROLADA EN PACIENTES COINFECTADOS CON VIH EN LA ERA HAART

J. Troya García¹, A. Casquero², M. Tejada², M. Górgolas²
y M. Fernández Guerrero²

¹Medicina Interna. Virgen de la Salud. Toledo. ²Infecciosas.
Fundación Jimenez Díaz. Madrid.

Objetivos. Los pacientes VIH infectados con leishmaniasis visceral (LV) se caracterizan por desarrollar un curso insidioso de la infec-

ción con frecuentes recurrencias de la misma. Aquellos pacientes con HAART que consiguen reconstituir su sistema inmune pueden llegar a controlar la LV; sin embargo un pequeño grupo de individuos presentan infección crónica y recurrente a pesar de la profilaxis secundaria. Para este grupo de pacientes no se ha definido una estrategia de tratamiento. Para este propósito revisamos el valor de la esplenectomía y el tratamiento con miltefosina.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 5 pacientes VIH con LV recurrente seguidos en los últimos 6 años, en 2 hospitales terciarios, en los que se utilizó la esplenectomía o miltefosina como alternativa terapéutica a la convencional. Se definió la recurrencia, como nuevo episodio de LV ocurrido después de una respuesta satisfactoria al tratamiento de un episodio previo.

Resultados. Se estudiaron 4 hombres y 1 mujer, con una edad media de 33,2 años (rango 25-43 años), dos de los cuales eran extranjeros. Al diagnóstico de LV todos los pacientes estaban en estadio C con unos CD4 de $71,6 \pm 8$ y carga viral indetectable. La duración media de LV desde el momento del diagnóstico fue de 7 años (rango 5-15), habiéndose descrito al menos dos recurrencias con una media de 4,2 (rango 2-7). Al diagnóstico las manifestaciones clínicas fueron fiebre (100%), hepatomegalia (80%), esplenomegalia (80%) y adenopatías (80%). Cuatro de los pacientes requirieron transfusiones de hematies por anemia severa durante el curso de su enfermedad. Los 5 fueron tratados al menos con 2 fármacos, que incluían anfotericina B y antimonials, previa utilización de miltefosina o esplenectomía. Cuatro pacientes recibieron Miltefosina (Impavido®), 3 de ellos (60%) durante un mes, presentando recurrencia de la enfermedad tras cese de la misma. En el cuarto se amplió el tratamiento durante un año en asociación con anfotericina B quincenal, presentando respuesta clínica y analítica de forma sostenida, si bien no se consiguió la erradicación de la enfermedad. La esplenectomía se realizó en 3 pacientes (60%) de los cuales uno estuvo libre de enfermedad 5 años, otro sin citopenias durante un año y el último sin clínica ni citopenias varios meses.

Discusión. La miltefosina es un fármaco prometedor en el tratamiento de la LV, habiéndose demostrado una eficacia de hasta el 95% en pacientes inmunocompetentes. Su administración en pacientes coinfectados con VIH no está definida. A pesar de que la eficacia de este fármaco ha sido estudiada recientemente en un estudio con 39 pacientes co-infectados con VIH/LV, con aparente buena respuesta, nuestra experiencia es que, a pesar de una respuesta inicial satisfactoria, la respuesta a largo plazo no resulta eficaz. Quizá, la inmunosupresión severa de estos pacientes podría jugar un papel decisivo en la ausencia de respuesta. El uso prolongado de miltefosina podría mitigar la expresión de LV, pero la erradicación del parásito parece imposible en este grupo de pacientes. La esplenectomía se ha utilizado tradicionalmente como una forma eficaz de eliminar masa parasitaria, a la que los fármacos no logran acceder y evitar al mismo tiempo el desarrollo de citopenias debidas al hiperesplenismo. Sin embargo, su uso en coinfectados por VIH/LV, hasta donde conocemos, no se ha descrito en la literatura médica. En nuestra experiencia, esta técnica si bien consigue una mejoría de los valores hematológicos, no consigue la erradicación de la enfermedad.

Conclusiones. La leishmaniasis visceral en pacientes VIH con respuesta a terapia HAART continua siendo un reto terapéutico. El uso prolongado de miltefosina sola o combinada con otros fármacos antileishmania podría ser una estrategia prometedora. Por otro lado, la esplenectomía puede ser una alternativa terapéutica para evitar severas citopenias, pero debería ser considerada sólo como última opción.

A-003
PREVALENCIA EN ADULTOS DE NEUMONÍA VARICELOSA, EN UN HOSPITAL TERCIARIO

E. Refoyo Salicio³, J. Troya García¹, A. Moreno Rodríguez¹, A. Blanco Jarava¹ y M. Espinosa de los Monteros²

¹Medicina Interna, ²Neumología, ³Cardiología. Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos. La neumonía varicelosa, causada por el virus de la varicela-Zoster, es la complicación más frecuente en adultos jóvenes, con un intervalo de edad entre 30 y 50 años. En adultos inmunocompetentes, la mortalidad se estima entre el 10%-30%, pudiendo llegar a ser del 50% en enfermos inmunodeprimidos. Se realizó estudio retrospectivo con el fin de conocer la prevalencia de neumonía por varicela en adultos, así como estudiar las características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes ingresados en un hospital terciario en los últimos 9 años.

Material y métodos. Se analizó a 21 pacientes adultos, ingresados con el diagnóstico de neumonía por varicela, mediante análisis de historias clínicas entre 1995 y 2004. Se registraron datos sobre embarazo, sexo, hábito tabáquico, patología subyacente, época de diagnóstico y contacto previo con varicela. El diagnóstico se estableció por criterios clínico-radiológicos en el contexto de un episodio de varicela.

Resultados. Se evaluó a 21 pacientes, 10 varones y 11 mujeres, entre 25 y 73 años, el 81% de los casos presentaba hábito tabáquico; en el 71,4% se había documentado contacto con varicela y en 4 pacientes (19%) existía un trastorno de la inmunidad. La sintomatología aparecida entre 3-7 días tras el desarrollo de lesiones cutáneas (100%), consistió en fiebre, 20 casos (95,2%) y disnea, 14 casos (66,7%) como síntomas más frecuentes. Cuatro pacientes (33,3%) no presentaron clínica respiratoria y en 5 (23,8%) la hipoxemia fue manifiesta. La evolución fue favorable en 20 casos (95,2%) requiriendo ingreso en unidad de cuidados intensivos 3 pacientes. La radiología de tórax presentó predominio de patrón intersticial en vidrio deslustrado en 11 casos (52,4%), nodular en 4 casos (19%) y en el 23,8% el patrón fue mixto. En 20 pacientes se usó tratamiento con aciclovir y en 1 caso foscarnet. Se utilizó coadyuvancia con corticoides en el 28,57% de los casos.

Discusión. Diversos factores se han implicado en el desarrollo de neumonía varicelosa; (tabaco, patología pulmonar, ancianos, varones, inmunodepresión y embarazo. En nuestro registro, se describió en 5 de ellos empeoramiento de su situación respiratoria en relación con el hábito tabáquico. La neumonía varicelosa tiene un curso insidioso, 1 a 6 días después de la aparición del exantema vesiculiforme aparecen síntomas tales como disnea, tos seca y taquipnea progresiva. En otros casos, debuta con hipoxemia severa (23,8% de nuestra serie), siendo su presentación precoz factor predictor de mala evolución, y fracaso respiratorio (14,2% de nuestros pacientes). Las alteraciones analíticas más frecuentes son trombopenia, hiponatremia leve y elevación transitoria de enzimas hepáticas, (resueltas al alta en nuestros pacientes). Los hallazgos de la radiología muestran típicamente un patrón intersticial bilateral, con predominio en bases y/o región perihiliar, pudiendo objetivarse en fases tempranas un componente nodular/micronodular. El 95,2% de nuestros pacientes presentaron hallazgos radiológicos aún en ausencia de clínica en algunos casos, con predominio de patrón intersticial. No es infrecuente la persistencia durante meses, de lesiones residuales, microcalcificaciones pulmonares difusas. El tratamiento de elección para la neumonía por varicela es el aciclovir iv, dosis de 10 a 15 mg/kg cada 8 horas durante 7-10 días. Su pronta administración se ha asociado con mejoría clínica (desaparición de fiebre y taquipnea), mejor oxigenación de la sangre y una rápida resolución de la neumonía. No obstante, en la actualidad no hay ningún ensayo controlado que demuestre cambios en la tasa de mortalidad de esta enfermedad a pesar de su administración temprana.

Conclusiones. El tabaco podría ser un factor de riesgo que se asociara con un incremento de la incidencia de neumonía por varicela. Es recomendable la realización de radiografía de tórax independientemente de la ausencia de clínica respiratoria. Los adultos con neumonía tienen mejor pronóstico cuando se instaura tratamiento precoz con aciclovir. El uso coadyuvante de corticoides debería emplearse especialmente en aquellos casos con fracaso respiratorio.

A-004
EFICACIA INMUNOLÓGICA DE TDF+3TC Y DDI+3TC, FRENTE A DDI+TDF EN PACIENTES VIH CON SUPRESIÓN VIROLÓGICA

M. Cervero Jiménez¹, R. Torres Perea¹, A. Mancebo Plaza¹, P. Lucena Calvet¹, R. Rodríguez Rosado¹, M. del Álamo² y J. Jusdado Ruiz Capillas¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Objetivos. La combinación TDF y ddl puede tener efecto paradójico en la respuesta inmunológica, incluso tras el ajuste de dosis de ddl. El objetivo de este trabajo es comparar en pacientes VIH, con supresión virológica, la eficacia inmunológica de ddl+TDF frente a ddl+3TC o TDF+3TC (asociados a un 3º fármaco).

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo de 48 semanas de duración tras supresión virológica con cualquiera de las combinaciones de NRTI del estudio (n = 78): 23 pacientes con TDF+ddl, 23 con ddl+3TC y 32 con TDF+3TC. En el análisis del criterio de eficacia inmunológica se comparó la magnitud del cambio del recuento de linfocitos CD4+ entre el período basal (c. viral -) y la semana 48. Introdujimos como variables de ajuste para dicho análisis la edad, el sexo, el grupo de riesgo, la infección VHC, el grupo de clasificación de CDC, recuento de linfocitos CD4+ nadir, motivos del cambio y el tipo de tratamiento antiretroviral (IP, NNRTI o combinación de 3 NRTI). El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS 10.0.

Resultados. Los regímenes que incluyeron TDF+ddl mostraron una reducción del recuento de CD4+ a las 48 semanas de -25(-129 +87), mientras que en los otros dos regímenes se apreció un aumento de CD4: ddl+3TC: +51 (+24 +151), y TDF+3TC: +83 (-12 +168). En el análisis multivariante mediante regresión múltiple (modelo explicativo) el tipo de TAR utilizado y los motivos del cambio fueron los únicos factores de confusión, siendo la eficacia inmunológica de los regímenes TDF+3TC y ddl+3TC mayor que la del régimen ddl+TDF (140 cel/mcl, IC 95% 37-243 y 162 cel/mcl, IC 95% 49-276) respectivamente (tabla 1).

Discusión. Este estudio muestra que mientras las combinaciones de análogos ddl+3TC o TDF+3TC incrementan la cifra de CD4, la combinación ddl+TDF produce un descenso de los mismos, con independencia del tipo de TAR utilizado. Esta reducción de la cifra de CD4, puede deberse a la interacción TDF-ddl sobre la enzima PNP, cuya inhibición produce un aumento del dGTP, y efecto citotóxico, inhibiendo la replicación celular.

Conclusiones. Los regímenes que contienen la combinación de ddl+TDF no son aconsejables, al observarse descenso de linfocitos CD4+.

Tabla 1. Características asociadas con la respuesta inmunológica. Análisis multivariable.

| | Diferencia de CD4+ | IC (95%) de diferencia de CD4+ | | p |
|----------------|--------------------|--------------------------------|-----|--------|
| ddl+3TC | 162 | | | |
| TDF+ddl | 1 | 49 | 276 | 0,006* |
| TDF+3TC | 140 | | | |
| TDF+ddl | 1 | 37 | 243 | 0,009* |
| IP | 105 | | | |
| 3 NRTI | 1 | -15 | 225 | 0,085 |
| NNRTI | 31 | | | |
| 3 NRTI | 1 | -89 | 152 | 0,604 |
| Toxicidad | 72 | | | |
| Simplificación | 1 | -45 | 189 | 0,221 |
| Rescate | 86 | | | |
| Simplificación | 1 | -43 | 216 | 0,185 |

A-005
BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS

I. Ruiz del Barrio¹, A. Iturzaeta Gorrotxategi², M. Escalante Boleas¹, J. Ramella Macher³, G. Hernández García¹ y J. Martí Cabane¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología, ³Medicina de Familia. Zumárraga, Guipúzcoa.

Objetivos. Evaluar la frecuencia de aparición del SB en el área sanitaria del Goierri (Guipúzcoa), donde se atiende a una población de 85.000 habitantes aproximadamente.

Material y métodos. Se realiza un estudio retrospectivo de todos los hemocultivos positivos para SB, ingresados en nuestro centro desde enero de 2001 a junio de 2005. Se consideran criterios diagnósticos: clínicos, hemocultivos y pruebas de imagen: ecocardiograma transtorácico/transesofágico, RMI/TAC dorsal-craneal compatibles. Se revisan colonoscopias como prueba complementaria para diagnóstico de neoplasia de colon subyacente.

Resultados. Incidencia: se identifican un total de 8 casos en un período de 4 años y 5 meses, lo que representa una tasa de incidencia anual 3,6 casos/100.000 habitantes riesgo > 14 años o De 2,6 casos/10 000 ingreso/año. Edad: mediana de 68 años, rango 53-84 años. Sexo: 7 varones y una mujer. Hemocultivos: en un caso crecimiento polimicrobiano junto a *Streptococcus agalactiae*, en todos los casos el germen fue sensible a Ampicilina o Penicilina G. Ecocardiograma: se realiza en todos los casos transtorácico, siendo demostrativo en dos casos, y en tres casos transesofágico (no demostrándose veruga en ninguno de ellos) en un caso de endocarditis la confirmación fue por la anatomía patológica de la válvula recambiada. Colonoscopia: en 2 casos fue normal, (uno diverticulosis), en 1 caso lesión benigna leiomioma de ciego, en 3 casos lesiones potencialmente malignas: 1 adenoma tubular, 1 adenoma tubulovelloso de colon, 1 adenoma tubulovelloso de colon con displasia leve, y en 2 casos carcinoma *in situ* de recto y carcinoma bien diferenciado de recto. Tratamiento: Ampicilina o Penicilina G i.v. durante 4-6 semanas, en los casos de bacteriemias uno recibió tratamiento intravenoso dos semanas y otro se trató con Amoxicilina clavulánico oral durante dos semanas. Evolución: favorable en todos los casos, incluido el que se trató ambulatoriamente, un éxito por otras complicaciones. Los 3 casos de endocarditis (válvula aórtica nativa, aórtica biológica y mitral nativa) precisaron recambio valvular los 2 casos sobre válvula aórtica.

Discusión. El *Streptococcus bovis* (SB) es un estreptococo del grupo D no enterococo que se aísla en cavidad oral y en heces hasta en el 10% de los individuos normales y en más del 60% de los pacientes con carcinoma de colon. Las infecciones por SB no son una patología habitual, siendo la forma más común de presentación la endocarditis infecciosa, y la bacteriemia, otras como espondilodiscitis, artritis séptica, meningitis, etc.

Conclusiones. Las infecciones del SB no son patología de presentación habitual, destacamos en nuestro área la incidencia reseñable. En nuestra corta serie de 8 casos, de acuerdo con otros la mayor frecuencia de presentación en el varón adulto. La forma más habitual, como lo publicado por otros, sigue siendo la bacteriemia, 5 casos y la endocarditis infecciosa, 3 casos. Otras más inusuales como 1 caso de espondilodiscitis (bifocal). Durante el curso de la bacteriemia observamos en 1 caso neumonía y en otro caso infarto cerebeloso; así como 1 caso de endocarditis infecciosa que curso con infartos cerebelosos hemorrágicos. La colonoscopia detectó neoplasia colónica o lesiones potencialmente malignas en casi 2/3 de los casos, apareciendo bacteriemias por SB en colonoscopias normales. El tratamiento fue el clásico dada la sensibilidad del germen a Penicilina y Ampicilina, siendo resolutorio incluso 2 semanas de tratamiento con régimen oral de Amoxicilina-Clavulánico si la presentación es una bacteriemia sin complicaciones. No encontramos relación entre los a. personales, la forma clínica de presentación, las complicaciones o gravedad del cuadro y los hallazgos en la colonoscopia.

A-006

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO RETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH Y BUENA RESPUESTA INMUNO-VIROLÓGICA AL TRATAMIENTO

M. Lara Culebras¹, J. López Bernaldo de Quirós², S. Hernán Gómez², M. Gallego¹ y C. Gilsanz¹

¹Medicina Interna I, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas/VIH. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Analizar la progresión a SIDA en pacientes que suspenden el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) después de un período de control virológico y reconstitución inmune. Porcentaje de pacientes que reintroducen el TARGA. Estudiar la evolución clínica y analítica de los pacientes VIH con buen control de la replicación viral tras la interrupción indefinida del TARGA. Identificar factores predictivos asociados con una precoz reintroducción del TARGA. Evaluar la reducción de costes tras la interrupción indefinida del TARGA.

Material y métodos. El diseño del estudio es observacional prospectivo. Se incluyeron 48 pacientes infectados por el VIH que se encontraban en seguimiento en el Hospital Gregorio Marañón. Todos eran mayores de 18 años, recibían TARGA con al menos tres drogas, presentaban CD4 > 500 células/mm³ y carga viral < 50 copias/ml durante los últimos 6 meses. El seguimiento se realizó cada mes durante los primeros 3 meses de la interrupción de TARGA, y posteriormente cada 3 meses. Como criterios para reintroducir el TARGA se consideró: un recuento de células CD4 < 350 células/mm³, presencia de infecciones oportunistas ó enfermedades asociadas con SIDA, embarazo y reintroducción voluntaria de TARGA por parte del paciente. Todos los datos recogidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS. Se realizó una estadística descriptiva y analítica (la prueba de Chi cuadrado y la t de Student).

Resultados. La mayoría de los pacientes eran varones, en la edad media de la vida, que habían adquirido la infección a través de las relaciones sexuales; y la mayor parte de los pacientes no habían presentado nunca enfermedades oportunistas asociadas a VIH. La mediana de CD4 nadir era 316 células/mm³. En el momento de suspender el TARGA la mediana de meses con cifras de CD4 > 500 células/mm³ fue de 46 meses, y la mediana de linfocitos CD4 era 987 células/mm³. Tras la suspensión se produjo una caída brusca de los CD4 durante los primeros 3 meses con un estacionamiento posterior (durante los primeros 30 días se observó una caída de 6,1 células/mm³ cada día, y de 3,2 células/mm³ diarias entre el día 30 y 90 tras la suspensión). La carga vírica de VIH presentó un rebote en los 3 primeros meses con ulterior estabilización (aumento de 610 copias/ml al día durante el primer mes y de 323 copias/ml diarias entre los días 30 y 90 tras la suspensión). Tras un tiempo medio de 18 meses de seguimiento (rango 3-43), 27 pacientes (56,25%) reintrodujeron el TARGA. De ellos, 19 precisaron la reintroducción por disminución de los CD4 < 350 células/mm³, 7 lo reintrodujeron de manera voluntaria y un paciente por aparición de una lesión sarcoma de Kaposi que desapareció tras la reintroducción de TARGA. Ninguno de los 27 pacientes que reintrodujeron el TARGA presentaron fracaso virológico ni aparición de mutaciones de resistencia tras su reinicio. Se compararon los pacientes que precisaron reintroducir el TARGA durante los primeros 12 meses tras la suspensión con los restantes enfermos. Los sujetos con reintroducción precoz presentaban significativamente una cifra de CD4 Nadir inferiores, un tiempo menor con CD4 > 500 células/mm³ antes de la suspensión del tratamiento y una mayor carga vírica al tercer mes de la suspensión, que aquellos que permanecían más allá del año sin necesidad de reintroducir el tratamiento. Calculando que el coste medio del TARGA en nuestro hospital es de 688 euros al mes por paciente y con un tiempo total de 1.019 meses sin tratamiento, el cálculo estimado de ahorro económico ha sido de 701.072 euros, aunque este no fue el objetivo de la suspensión.

Discusión. Este estudio presenta varias limitaciones. El tamaño muestral es reducido y sería conveniente ampliar el número de pacientes, e incluso realizar estudios multicéntricos; y en segundo lugar, al examinar otros estudios, no existe un consenso en cuanto a los criterios de inclusión para suspender el tratamiento.

Conclusiones. La suspensión del tratamiento retroviral en pacientes con infección por VIH y con una buena respuesta inmuno-virológica es una estrategia terapéutica segura y con pocos efectos adversos para el paciente.

A-007

ANEMIAS REFRACTARIAS ASOCIADAS A ENFERMEDADES AUTOINMUNES

R. Ríos Fernández, A. Salas, C. Rivera, F. Pérez Blanco, I. Aomar Millán, D. Vinuesa García, G. Biosca Echenique y A. Rodríguez Cuartero

Grupo de Investigación de Medicina Interna I. Departamento de Medicina. Hospital Clínico de San Cecilio. Granada.

Objetivos. Analizar la asociación de anemias refractarias (AR) a enfermedades autoinmunes (EAI) en los diez últimos años en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se estudiaron 110 enfermos de anemia refractaria entre 10250 enfermos; 5010 varones y 5240 mujeres de edades entre 38-95 años (edad media 76 ± 5 años). Se estudió la sangre periférica en la que existía anemia, leucopenia y/o trombocitopenia.

topenia, y la médula ósea que era hiper celular con anomalías en el citoplasma y núcleo. Se hicieron tinciones citoquímicas (peroxidasa, hierro, etc.). Se siguió los criterios de la clasificación FAB. **Resultados.** Los diferentes tipos de anemias refractarias y enfermedades autoinmunes asociadas fueron las que se exponen en la tabla I. Además en otros cuatro casos de AR se observaron enfermedades hematológicas autoinmunes (anemia hemolítica Coombs +; neutropenia autoinmune y dos casos de trombocitopenia autoinmune). **Discusión.** La asociación AR-EAI es un hecho poco frecuente aunque bien documentado en la literatura. La asociación no es fortuita ya que en nuestra serie se presentó en el 10% de los casos, mientras que en la población general de edad similar es del 4%. El mecanismo no es bien conocido, aunque podría ser secundario a la activación del sistema linfocitario B o a la activación de las células pluripotentes de las líneas mieloide y linfoide. En la clínica es frecuente encontrar: alteraciones de las inmunoglobulinas, del complemento, inmunocomplejos circulantes, presencia de autoanticuerpos, etc.

Tabla I. Tipos de anemias refractarias asociadas a enfermedades autoinmunes.

| Tipo de AR | Enfermedad autoinmune |
|-------------------------------|-----------------------------|
| AR simple | Artritis reumatoide |
| | Espondilitis anquilosante |
| | Polimialgia reumática |
| | Lupus eritematoso sistémico |
| | Esclerodermia |
| | Enfermedad de Wegener |
| | Síndrome de Sweet |
| | Eritema nodoso |
| | Artritis reumatoide |
| | Síndrome de Sjogren |
| AR sideroblástica | Eritema nodoso |
| AR con mieloblastosis parcial | |

A-008
EVOLUCIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA SERIE DE 74 PACIENTES CON ABSCESOS HEPÁTICOS
A. Mecina Gutiérrez¹, G. Eroles Vega¹, C. Fernández García², A. Mancebo Plaza¹, P. Lucena Calvet¹, B. Chulvi Calvo¹ y J. Agud Aparicio¹

¹Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid.
²Unidad de Apoyo a la investigación. Hospital Clínico. Madrid.

Objetivos. Conocer la evolución de nuestros pacientes con abscesos hepáticos. Establecer factores pronósticos de utilidad clínica. **Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de absceso hepático (AH) en un Sº de Medicina Interna durante el período 1989 - 2004. Se recogieron 74 pacientes; edad (Me): 63 años (RIQ: 49- 78); 42 hombres (57%); 93% con patología asociada; etiología: biliar (32%), quiste hidatídico infectado (10%), traumatismo hepático (3%), otra patología abdominal, incluida cirugía previa (15%), diseminación hematógena (7%), amebiasis (3%), desconocida (30%). Análisis estadístico, utilizando el paquete SPSS 11.0 para Windows, de las características clínicas y analíticas, resultados microbiológicos, hallazgos en técnicas de imagen, tratamiento y evolución de los pacientes revisados. **Resultados.** Duración de estancia (Me): 28 días (estancia en el Sº de Medicina Interna: 10 días), secuelas: 16%, recidiva de absceso: 8%, reingresos: 13%, mortalidad: 16% (mortalidad en el Sº de Medicina Interna: 9%). Variables relacionadas con mayor mortalidad: > 1 enfermedad crónica asociada (25% vs 3,4%; p: 0,02), enfermedad neurológica (40% vs 13%; p: 0,03), tumor de vías biliares (67% vs 12%; p: 0,001), otra patología abdominal (como etiología, distinta de la biliar) (36% vs 13%; p: 0,05) y bacteriemia polimicrobiana (57% vs 4,5%; p: 0,006). Variables relacionadas con mayor riesgo de reingreso: quiste hidatídico infectado (etiología) (43% vs 10%; 0,02), hemocultivo positivo (10% vs 3%; p: 0,03) y tratamiento quirúrgico (28% vs 9%; 0,05). Variables relacionadas con mayor riesgo de secuelas: quiste hidatídico infectado (etiología) (43% vs 13%; p: 0,04) y tratamiento quirúrgico (33% vs 11%; p: 0,02). **Conclusiones.** 1) En nuestra serie, los AH generan una estancia y mortalidad hospitalaria elevadas. 2) En nuestros pacientes con AH, son factores de mal pronóstico: la existencia de > 1 enfermedad

crónica asociada, la presencia de enfermedades neurológicas (preferentemente: ACVA's o demencias), la patología biliar neoplásica, la patología abdominal, diferente de la biliar (como etiología) y la presencia de bacteriemia polimicrobiana. 3) En esta serie hubo mayor incidencia de reingresos y secuelas en pacientes con AH originados sobre quistes hidatídicos hepáticos infectados y en los que requirieron tratamiento quirúrgico.

A-009
TUBERCULOSIS EN EL ÁREA SANITARIA 3 DE LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) DURANTE LOS AÑOS 1989-2003

R. González Palacios¹, P. Gómez Herruz¹, J. Sanz Moreno², M. Beltrán Dubón¹ y J. Medina Asensio³
¹Microbiología, ²Medicina Interna. Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. ³Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Se ha analizado la evolución y las características clínicas y epidemiológicas de los casos de tuberculosis con confirmación microbiológica en el Área 3 de la CM, la coinfección por el VIH, así como la sensibilidad a los fármacos de primera línea de tratamiento desde 1989 a 2003.

Material y métodos. Se realizó estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis (casos con cultivo positivo a *M. tuberculosis*) en el Área 3 de la CM. Se revisaron las variables: edad, sexo, localización de la infección, patrón radiológico, infección por VIH y distribución de los casos por año. El estudio de resistencias se realizó a todos los aislamientos para los siguientes fármacos: Isoniacida, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida y Estreptomicina.

Resultados. De los 945 aislados: 935 fueron de *M. tuberculosis*, 5 de *M. bovis* y 5 de *M. africanum*. La media de edad fue de 38,9 años. Un 65,1% de los pacientes fueron varones. La distribución de los casos según la localización anatómica fue la siguiente por orden de mayor a menor frecuencia: las formas respiratorias con 733 pacientes (77,6%), seguidas de la forma diseminada con 84 pacientes, localización ganglionar o linfática 48 pacientes, la genitourinaria con 47 pacientes y otras localizaciones con un total de 33 pacientes. El número de pacientes que presentaron infección por el VIH fue de 207 (21,7%). Del total de los pacientes estudiados con TBC se registraron 110 casos (11,6%) de pacientes con domicilio en el área y que habían nacido fuera de España. De los pacientes con TBC estudiados, 46 (4,9%) presentaron algún tipo de resistencia tanto primaria como adquirida. En 27 (2,9%) cepas la resistencia fue a un solo fármaco, encontramos resistencia a dos fármacos en nueve casos, aunque sólo tres cumplieron los criterios de multiresistencia y diez fueron resistentes a tres o más fármacos. La resistencia primaria fue del 4,3% y la adquirida del 27,27%.

Conclusiones. Estudiamos la evolución de la tasa de incidencia de tuberculosis en el Área durante los 15 años. Se viene observando una disminución progresiva en la incidencia de casos, que va desde una tasa de 41,6 casos/100.000 hab. en el año 1994 hasta una tasa de incidencia de 17, 8 casos/100.000 hab. en el año 2000. A partir del año 2001 se observa un repunte en la incidencia, hasta situarse en 27 casos/100.000 hab. en el año 2003. En nuestro estudio se detectaron 46 cepas resistentes. En los dos últimos años (2002 y 2003) se han aislado 13 cepas (28,3%) resistentes y 12 pertenecían a pacientes inmigrantes (5,6% multiresistentes). Atendiendo a estos datos, recomendamos en los pacientes inmigrantes un tratamiento de inicio de cuatro fármacos.

A-010
MORTALIDAD, SUPERVIVENCIA Y ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS EN LOS PACIENTES VIH

B. Obón Azuara¹, I. Gutiérrez Cia¹, B. Villanueva Anadón¹, M. Ortas Nadal², B. Daga Calejero², L. Martínez Moya³, B. Moragrega⁴ y E. Calvo Beguería³

⁴Servicio Nefrología. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ¹Servicio Medicina Intensiva. ²Servicio Cardiología. ³Servicio Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Objetivos. Estudio de incidencia de pacientes VIH ingresados en UCI y de la supervivencia al año a raíz de la era de la terapia anti-

retroviral (HAART). Estudio de las características epidemiológicas, estado de la enfermedad, mortalidad, causas y factores asociados a la misma.

Material y métodos. Estudio descriptivo donde se analizan los pacientes infectados por el virus VIH que ingresan en el S. de M. Intensiva de tercer nivel con 34 camas durante 5 años. Se analizaron variables epidemiológicas, motivo del ingreso, diagnóstico al alta, existencia o no de VIH previo al ingreso, necesidad y días de ventilación mecánica (VM), fallo de órganos, terapia HAART previa, mortalidad intraUCI y factores implicados en la misma, la supervivencia al año tras el ingreso. Se utilizó el número de linfocitos CD4 como indicativo del estado inmunológico. Análisis descriptivo. Comparación de proporciones: Chi cuadrado. Comparación de medias: *t* Student. Nivel significación: $p < 0,05$.

Resultados. Son 35 pacientes los ingresados por VIH en UCI durante 5 años, el 80% hombres. Media de edad 37,16 años, de estancia en UCI 6,52 días, intrahospitalaria 32,64. Procedencias: urgencias 29,16%, s. infecciosas 24%, otros hospitalares 24%, s. cirugía 12%. Destinos al alta: s. infecciosas 40%, éxitus 32%, cirugía 12%. Antecedentes médicos: VIH 68%, VHC/VHB 44%, ex-ADVP/ADVP 44%, TBC 12%. No VIH previo 16%. Mecanismo transmisión ADVP 76%, sexual 24%. Motivo ingreso: insuficiencia respiratoria 32%, patología digestiva 16%, disminución nivel conciencia 12%, dolor torácico 12%. Diagnósticos al alta: neumonía 40%, SNC 24%, cirugía abdominal 24%, intoxicación 16%, IAM 12%. Precisan VM 60% durante una media de 7,46 días. Complicaciones en evolución: shock séptico 32%, fallo órganos 44%, SDRA 16%. terapia HAART previa 64%. Estadio C 92%, III 65%. Supervivencia al año 56%. El 32% de los pacientes fallecen; diferencias significativas ($p < 0,05$) de los fallecidos con respecto a los supervivientes: media estancia UCI 10,62 días (versus [vs] 4,58), VHC/VHB 62,5% (vs 47%), no VIH previo 25% (vs 11,76%): diagnóstico bronconeumonía 62,5% (vs 17,6%), shock séptico 75% (vs 11,76%), SDRA 25% (vs 11,76%); complicaciones: i. renal y CID, ambos con 25% (ningún paciente entre los no fallecidos), estadio C III en el 75% (vs 47%).

Discusión. La idoneidad de la admisión de pacientes VIH en UCI es un hecho controvertido, pues hasta el momento se trataba de pacientes que ocasionaban un alto consumo de recursos con pobres resultados en cuanto a su supervivencia. Existen estudios acerca de su admisión y motivo de ingreso en UCI, un gran número hace referencia al pronóstico intraUCI, siendo menos estudiada la supervivencia a largo plazo, e infrecuente su análisis tras la incorporación de la terapia HAART.

Conclusiones. Los pacientes VIH representan un mínimo porcentaje sobre el total de ingresos en UCI, originan breves estancias en UCI, no así en el hospital, y adquieren la infección tras la utilización de DVP. Hasta un 16% de casos la sospecha y posterior diagnóstico de infección por VIH se realiza intraUCI, siendo la i. respiratoria el motivo más frecuente de ingreso. Los fallecidos generan mayores estancias, complicaciones más graves y se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad. La mortalidad intraUCI es de 32% y aunque es elevada, más de la mitad de los pacientes sobreviven al año de su ingreso, cifras superiores a las de otros estudios anteriores a las nuevas terapias antirretrovirales, siendo estos resultados derivados de la utilización de las mismas (64% de los paciente bajo dicho tratamiento). En nuestra experiencia el ingreso de los pacientes VIH en UCI y la utilización de terapias intensivas se encuentran justificadas debido al incremento de su supervivencia a largo plazo.

A-011

CAUSAS DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL PERÍODO 2003-2004

I. Zamanillo, V. Moreno Cuerda, M. Morales Conejo, R. Rubio, L. Tamargo, F. Pulido, R. Costa y A. del Palacio Pérez Medel

Unidad Infección VIH. Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha significado una disminución en la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección VIH. El objetivo de este estudio es analizar las causas de ingreso hospitalario no programados de

pacientes con infección VIH en Hospital Universitario 12 de Octubre durante los años 2003-2004.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo en el que se recogieron todos los pacientes que precisaron ingreso hospitalario no programado en el ámbito y período antes mencionado. Se incluyeron a aquellos pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de infección VIH documentada. Se excluyeron aquellos pacientes con ingreso programado. Se consideran eventos relacionados con la infección VIH a los eventos C (CDC, Atlanta 1993).

Resultados. Durante los años 2003-2004 se produjeron 452 ingresos hospitalarios, de los cuales 333 (73,63%) son ingresos no programados. Estos 333 ingresos corresponden a 204 pacientes diferentes; la tasa de reingreso fue de un 36,75%. En el momento del ingreso 185 pacientes ya habían sido diagnosticados previamente de infección VIH, mientras que en 19 casos (9,31%) el diagnóstico de la infección VIH se realizó durante el ingreso. Los motivos por los cuales el facultativo solicitó la serología fueron: 9 casos (47,36%) por una neumonía intersticial bilateral; 6 casos (31,57%) por focalidad neurológica y/o deterioro cognitivo; 3 casos (15,78%) por fiebre sin foco y/o síndrome constitucional; un único caso en el contexto de un ingreso por insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a miocardiopatía dilatada de origen enólico (5,26%). El principal servicio donde ingresaron los pacientes fue en Medicina Interna 269 ingresos (80,78%). La principal causa de ingreso hospitalario no programado fue los eventos relacionados con la infección VIH (30%). Entre las causas de ingresos no programados no relacionado con la infección VIH destacan: los ingresos por patología respiratoria (22,52%) y los ingresos por complicaciones relacionadas con cirrosis hepática (9,30%). El perfil del paciente con infección VIH que ingresa de forma no programada es el correspondiente a un paciente inmunodeprimido (mediana de linfocitos CD4 de 109/ μ l), con mal control virológico (un 28% presenta carga viral indetectable). Por otro lado, una elevada proporción de pacientes (71%) presenta una co-infección por VHC lo que condiciona un aumento de la morbilidad de estos pacientes; un 16% de los pacientes está diagnosticado de una cirrosis hepática. Treinta pacientes con infección VIH (9%) fallecieron durante el ingreso hospitalario en este período. Las causas de mortalidad fueron: causas relacionadas con complicaciones de cirrosis hepática (33,33%), procesos relacionados con la infección VIH (33,33%), y otros procesos (33,33%).

Discusión. Aunque de forma aislada la causa más frecuente de ingreso hospitalario son los procesos relacionados con la infección VIH (30%), de forma global es más frecuente el ingreso por otras causas no relacionadas con la infección VIH. Este hecho está en íntima relación con la introducción del TARGA. Destaca la elevada proporción de pacientes que fallecen durante el ingreso secundario a complicaciones asociadas a cirrosis hepática. Este hecho es explicable por la alta tasa de co-infección VIH-VHC (71%), condicionando una relativa elevada prevalencia de cirrosis hepática (16%).

Conclusiones. La principal causa de ingreso hospitalario no programado son los eventos relacionados con la infección VIH. Las principales causas de mortalidad durante el ingreso hospitalario son: complicaciones asociadas a cirrosis hepática (33,33%) y los eventos relacionados con la infección VIH (33,33%).

A-012

SEROTIPOS Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE S. PNEUMONIAE EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

E. Carballo¹, F. Pardo², M. Pérez del Molino², P. Romero² y A. Gómez²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Galicia (CHUS). Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, La Coruña. ²Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Galicia. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, La Coruña.

Objetivos. Estudiar serotipos y patrones de resistencia de *S. pneumoniae* en todos los aislados realizados durante el año 2004, en el Servicio de Microbiología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, que atiende una población de 459.180 habitantes.

Material y métodos. Se han aislado 213 cepas de *S. pneumoniae*. Un 32,9% procedían de pacientes con enfermedad invasiva, (10% meningitis y 90% de sepsis y/o neumonía) y un 67,1% con origen en otro foco (69,9% tracto respiratorio superior, 15,4% conjuntiva, 14,7% oído). Se confirmó que todos los aislados fuesen *S. pneumoniae* por morfología de la colonia, sensibilidad a la optoquina, hemólisis alfa en agar sangre y solubilidad en sales biliares. El serotipado se realizó mediante la reacción de la cápsula de Neufeld, utilizando 46 antisueros suministrados por el Statens Serum Institut (Copenhague) en el Laboratorio de Referencia de Neumococos (Instituto de Salud Carlos III, Madrid). Las concentraciones mínimas inhibitorias (CMI) de penicilina, tetraciclina, cloramfenicol, eritromicina, cefotaxima, vancomicina y levofloxacina se obtuvieron por el método de dilución en agar. Los resultados se interpretaron siguiendo las normas del NCCLS.

Resultados. De los 213 aislados, un 24,2% se aislaron de niños (< 15 años) y un 74,8% de adultos. Corresponden a enfermedad invasiva un 7,5% en niños y un 23,9% en adultos. Los serotipos aislados con más frecuencia fueron 19 (18,8%), 3 (15%), 23 (9,9%), 1 (7%), 14 (5,6%), 6 (5,2%), y representan el 61,5% de los neumococos. Un 30% de los aislados pertenecían a otros serotipos, y un 8,5% fueron no tipables. Los serotipos predominantes en muestras invasivas son el 14 y el 19. En muestras no invasivas el 3 y el 23. La resistencia global a penicilina fue del 23% (2,4% de alta resistencia CMI \geq 2 ug/ml). No habiendo alta resistencia a penicilina en muestras invasivas. Los aislados de muestras invasivas y no invasivas mostraron una sensibilidad intermedia a penicilina en un 22,9% y un 19,5% respectivamente. Un 28,2% de las cepas presentaron resistencia a eritromicina. Un 25,7% de los aislados de muestras invasivas y un 29,4% de los de muestras no invasivas fueron resistentes a eritromicina. Un 8,5% fueron resistentes a penicilina y eritromicina. Solo se encontró resistencia a cefotaxima y a levofloxacina en aislados procedentes de enfermedad no invasiva, siendo del 1,4% para ambos. Todos los aislados fueron sensibles a vancomicina.

Discusión. Desde mediados de la década de los 80, en España, la resistencia de *S. pneumoniae* a penicilina y a macrólidos ha ido aumentando hasta llegar a cifras del 50% en algunas zonas y han aparecido cepas multirresistentes. En nuestro estudio un 23% de los neumococos fueron resistentes a penicilina, porcentaje algo menor que el encontrado en otros estudios realizados en España recientemente como es el VIR2004 que fue del 30,1% u otro estudio llevado a cabo en 12 hospitales españoles en diciembre de 2003 que fue del 44,4%. Asimismo la resistencia a eritromicina fue muy superior la encontrada en estos estudios, 63,3% y 36,9% respectivamente, que en nuestro medio que fue del 28,2%. Con respecto a los serotipos de neumococo predominantes fueron similares a los hallados en otros estudios españoles, así como la mayor frecuencia de los serotipos 14 y 19 en las muestras invasivas.

Conclusiones. La resistencia a penicilina, eritromicina y levofloxacina fue menor en nuestro medio que en otros hospitales de España. Sólo hubo alta resistencia a penicilina en muestras no invasivas, así como a cefotaxima y levofloxacina. Los serotipos que predominaron en muestras invasivas fueron el 14 y el 19.

A-013

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

J. Rodríguez Santana, J. Vega y P. Jiménez Doménech

Medicina Interna. Virgen de la Poveda. Villa del Prado, Madrid.

Objetivos. Ver la incidencia de infecciones respiratorias en pacientes que cumple criterios de Estado Vegetativo ingresados en el Hospital Virgen de la Poveda de Madrid, un centro hospitalario de media-larga estancia.

Material y métodos. Se recoge los datos de 42 pacientes ingresados en la Unidad de Estado Vegetativo del hospital Virgen de la Poveda de Madrid. Durante toda su estancia en la Unidad desde el ingreso hasta el año de estar ingresado y se recogen los datos clínicos y microbiológicos desde su primera infección respiratoria.

Resultados. De los 42 pacientes que cumplían criterios de estado vegetativo los resultados fueron los siguientes: El 23,85% de los paciente que ingresan en la Unidad presentan clínica de disnea, fiebre y saturación de O₂ (por pulsioxímetro) disminuida en los primeros 7 días de ingreso. De estos pacientes el 50% son portadores de Son-

da nasogástrica (SNG), el 30% sonda de gastrostomía (SG), el 40% tienen traqueotomía. fue posible el cultivo de las secreciones bronquiales en el 11,90%. El 30,95% de los pacientes presentan clínica de disnea, fiebre y disminución en la saturación en los 15 primeros días. El 50% de los pacientes presentan en alguna ocasión de su ingreso clínica de infección respiratoria, el 54,76% tienen SNG o SG, 26,19% con traqueotomía. Solo fue posible el 19,04% de los paciente recoger cultivo de secreciones bronquiales.

Discusión. Los pacientes en estado vegetativo presentan factores predisponentes para presentar infecciones respiratorias como son: la alimentación por Sonda nasogástrica o Sonda de gastrostomía lo que hace que sean más frecuente las aspiraciones de alimentos o las microaspiraciones de alimentos o de sus propias secreciones. Otro factor de riesgo es el permanecer encamado la mayor parte de su existencia, incluso en los pacientes que son capaces de comer vía oral. Otro factor a tener en cuenta es que, estos pacientes al menos han permanecido ingresado 1 mes en otro hospital de agudo y son portadores o han sido portadores de traqueotomía o de intubación endotraqueal. son paciente que no son capaces de movilizar sus propias secreciones por presentar poca incentivación a una correcta movilización torácica o presentar una respiración irregular. También es obvio que se debe tener en cuenta la enfermedad de base como las neumopatías crónica. Cerca del 25% de los pacientes que ingresan, lo hacen ya infectados y otro 25% de los mismos va a presentar un episodio de infección respiratoria, aunque disponemos de pocos resultado de cultivo de secreciones, el 100% de las muestras presentan 2 o más bacterias y más del 50% por más de 3 bacterias. Habitualmente *Pseudomonas* en el 87,5 de nuestros resultados y otras bacterias como *Providencia*, *Corynebacterium*, *Serratia* en menor proporción.

Conclusiones. Casi el 25% de los pacientes ingresan ya con clínica de infección respiratoria. El 50% de los paciente en algún momento de su vida vegetativa presentarían clínica de infección respiratoria. El 100% de los paciente infectados de los cuales se obtuvieron muestras de secreciones bronquiales presentan infección por más de 2 bacterias y 1 de ellas en un 87,5% es la *Pseudomona*. El estado vegetativo «per se» es un factor predisponente para infectarse desde el punto de vista respiratorio. Estos pacientes en estado vegetativo presentan en su mayoría factores que predisponen a una broncoaspiración o microbroncoaspiraciones como es el alteración de la conciencia.

A-014

ANÁLISIS DE 12 CASOS DE ABSCESOS DE PSOAS

D. Vivas, C. Martínez, R. Torres Gárate, R. Cigüenza y J. Antolín

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

Objetivos. El absceso del músculo psoas (AP) es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico. Apenas se han llegado a comunicar 500 casos a nivel mundial. El AP puede presentarse como una infección primaria o secundaria. Se describen 12 casos de AP.

Material y métodos. Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de AP desde enero de 2000 hasta junio de 2005. Se definió como caso aquel que presentó una colección purulenta contenida en el músculo psoas, diagnosticada mediante prueba de imagen, por la obtención de material purulento procedente de la lesión, o por la historia clínica y la exploración física, junto a hemocultivos positivos y/o buena respuesta al tratamiento antibiótico. Cuando se encontró un foco infeccioso, se catalogó como secundario.

Resultados. La edad media fue de 57 años; 7 de ellos eran varones (58,3%) Ingresaron 5 en Medicina Interna (41,66%), 2 en Cirugía General (16,66%) y el resto en otras especialidades. El 75% fueron secundarios a un foco infeccioso (osteoarticular un 33,3% y urinario un 25%) y sólo 3 primarios (25%) La localización fue más frecuente en el lado derecho (50%) y bilaterales 2 (16,6%) Los síntomas más frecuentes: dolor inguinal (83,8%), dolor lumbar/abdominal (58,3%), fiebre (58,3%), impotencia funcional (33,3%) y con menor frecuencia síndrome constitucional, náuseas y vómitos. En todos menos uno (91%) la presentación resultó ser subaguda o crónica. Los signos clínicos más característicos: puño-percusión lumbar positiva en 4 pacientes (33,3%), masa abdominal en 3 (25%) y, en me-

nor grado, posturas antiálgicas (16%). El 84% de los pacientes tenían leucocitosis y anemia 11 (91%). La mitad tuvieron hemocultivo positivo: 2 por *S. aureus*, 2 por *B. fragilis*, 1 por *S. agalactiae* y otro por *E. coli*. El microorganismo implicado fue en 4 pacientes *Staphylococcus aureus* (33,3%), dos de ellos resistentes a la metilina; 3 con *Escherichia coli* (25%), 2 con flora mixta, uno por *Bacteroides fragilis*, uno por *Mycobacterium complex* y un raro caso de AP por *Streptococcus agalactiae*. De los tres AP primarios, dos fueron por *S. aureus* metilina resistentes y el otro por *B. fragilis*. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 22 días. A 11 pacientes se les realizó una radiografía de abdomen, no hallando alteraciones. La ecografía abdominal sólo en 3 de los 8 pacientes a los que se les realizó fue diagnóstica (42,8%). La TAC se realizó a 7 pacientes y la RMN a 5, confirmando el diagnóstico en todos ellos. A 10 de los 12 pacientes se les practicó ecocardiografía transtorácica que fue normal en todos ellos. La duración media del tratamiento antibiótico a excepción del tratamiento antituberculoso fue de 27 días. Además de antibioterapia se realizó drenaje percutáneo del absceso en 4 pacientes, mientras que 5 recibieron tratamiento quirúrgico. En 3 de ellos solo se utilizó antibioterapia. En 9 de los 12 pacientes (75%) se obtuvo la curación, 2 recidivaron (aquellos con trasplante renal y por *M. complex*) y uno falleció (shock séptico por *E. coli* secundario a foco urinario). La estancia media fue de 38 días. Procesos patológicos asociados al AP: ITU (33,3%), espondilodiscitis (25%), infección respiratoria (25%) y sepsis (25%).

Conclusiones. El absceso de psoas, aunque es una enfermedad rara en la práctica clínica, está en aumento. En nuestro ambiente son más frecuentes los casos secundarios que los primarios, y como foco de origen el osteoarticular, destacando el *S. aureus* como germen más frecuente. Los síntomas más característicos son el dolor lumbar y abdominal, la fiebre y la impotencia funcional. La prueba diagnóstica que se utiliza con mayor frecuencia es la TAC, aunque en nuestro estudio se ha utilizado casi con igual frecuencia la RMN y es de destacar la escasa rentabilidad de la ecografía en el diagnóstico. El tratamiento de elección sigue siendo la cirugía, aunque está aumentando el uso del drenaje percutáneo, utilizando en ambos tratamientos antibiótico para cubrir los microorganismos más probables. La evolución es satisfactoria en prácticamente todos los casos, salvo que asocien patología grave o que se demore el tratamiento.

A-017

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ASOCIADO A MENINGITIS MENINGOCÓCICA

M. Morales Conejo, V. Moreno Cuerda, J. Guerra Vales, A. Guardiola, R. García Ramos y J. Ruiz

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

Objetivos. Dos terceras partes de los casos de síndrome de Guillain-Barré (SGB) se asocia con un antecedente de infección del tracto respiratorio o digestivo. El desarrollo de SGB tras una meningitis meningocócica es excepcional. Presentamos un caso de SGB tras una meningitis meningocócica.

Material y métodos. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados. Mujer de 49 años con antecedentes de infección por virus de hepatitis C sin afectación hepática que consulta en el Servicio de Urgencias por historia de fiebre, cefalea, náuseas y púrpura petequeal de 72 horas de evolución. En la exploración física destacaba la presencia de signos meníngeos, púrpura petequeal y fiebre de 38,5 °C. Con estos hallazgos clínicos se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona y vancomicina. Se realizó una punción lumbar obteniéndose un líquido céfalorraquídeo (LCR) turbio con los siguientes parámetros citobioquímicos: proteínas 1,11 g/l, glucosa 1 mg/dl y leucocitos 1.760 μ l. La tinción de gram mostró la presencia de diplococos gram negativos. Posteriormente, tanto en hemocultivo como en cultivo de LCR creció *Neisseria meningitidis* tipo C, por lo que el tratamiento antibiótico fue sustituido por penicilina sódica durante 14 días. Al 9º día se realizó una nueva punción lumbar con el siguiente resultado citobioquímico: proteínas 0,53 g/l, glucosa 71 mg/dl y leucocitos 85 μ l (10% neutrófilos), con un gram y cultivo negativo. Al 11º día de evolución la paciente presentó debilidad muscular de ambos miembros inferiores con parestias en

los pies. Veinticuatro horas más tarde refería debilidad en miembro superior derecho. La exploración neurológica reveló una debilidad simétrica de ambos miembros inferiores con arreflexia, y una debilidad de ambos miembros superiores con hiporreflexia, además de debilidad de la musculatura del cuello. No presentaba ni rigidez de nuca ni afectación de la musculatura respiratoria ni de los pares craneales. Se realizó una nueva punción lumbar con los siguientes resultados: proteínas 1,75 g/l, glucosa 63 mg/dl y leucocitos 85 μ l (95% mononucleares). El electromiograma y el estudio de conducción nerviosa reveló un descenso de la velocidad de conducción motora con una disminución de la amplitud de los potenciales evocados con latencias distales prolongadas, todo ello compatible con una polineuropatía desmielinizante. Se realizó serología para virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus herpes simple, VIH, brucella, brucella, sífilis y mycoplasma que fueron negativos. Los anticuerpos antinucleares y las crioglobulinas también fueron negativas. Mediante resonancia magnética se descartó la presencia de lesiones en médula espinal. La inmunoelectroforesis reveló una paraproteína IgG Kappa y una banda oligoclonal lambda en sangre, pero la biopsia de médula ósea mostró menos de un 2% de células plasmáticas. Después de dos semanas la paciente comenzó con una mejoría espontánea de la clínica neurológica. Un año más tarde la paciente estaba asintomática y se había incorporado a la actividad laboral. Únicamente la exploración neurológica revelaba unos reflejos de estiramiento muscular hipoactivos.

Discusión. La presencia de neuropatía periférica 11 días después de una infección meningocócica parece más un proceso relacionado que una mera coincidencia. El comienzo agudo de la clínica, su relación temporal con la meningitis meningocócica, los hallazgos tanto electrofisiológicos como del LCR, nos permite considerar que el SGB puede haber sido causado por *Neisseria meningitidis*. Otras causas de SGB fueron descartadas mediante estudio de extensión. Por otro lado, no se ha descrito en la literatura asociación entre ninguno de los antibióticos administrados (ceftriaxona, vancomicina y penicilina) y el posterior desarrollo de una polineuropatía desmielinizante.

Conclusiones. Presentamos un SGB tras una meningitis meningocócica. Aunque se han descrito más casos de SGB tras otras infecciones por gram negativos, sólo hay un caso descrito en la literatura de SGB tras una meningitis meningocócica.

A-018

RELEVANCIA CLÍNICA DEL AISLAMIENTO DE MICOBACTERIAS AMBIENTALES EN MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

J. San Martín¹, J. Ruiz Giardín¹, J. Jaquetti², A. Barrios¹, F. Esteban¹, N. Cabello¹, E. Canalejo¹ y A. Zapatero¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. El aislamiento de micobacterias ambientales en muestras microbiológicas está aumentando en los últimos años por los avances en las técnicas de cultivo, pero su relevancia clínica no es bien conocida. Durante los primeros meses de apertura de nuestro hospital el número de aislamientos de estas micobacterias ha sido elevado por lo que revisamos las características y la evolución clínica de estos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes con aislamiento de micobacterias ambientales en nuestro hospital desde abril 04 hasta abril 05. Se clasificaron los aislamientos como «patógenos» cuando cumplían criterios diagnósticos, «no patógenos» si no cumplían al menos dos o fueron desestimados por su médico, y «pendientes» cuando cumplían al menos dos criterios o fueron considerados como dudosos por su médico.

Resultados. Ciento tres muestras fueron positivas para micobacterias ambientales obtenidas de 67 pacientes. Edad media 51 años (rango 10-84), 75% varones. 5 pacientes (8%) eran VIH positivos y 9 (14%) inmigrantes. Cincuenta y siete (70%) eran o habían sido fumadores. Treinta y tres (49%) tenían enfermedad pulmonar de base, 17 (25%) con bronquiectasias. Tenían tos 58 (87%), hemoptisis 18 (27%), fiebre 30 (45%) y diagnóstico alternativo 54 pacientes (81%). Cumplían criterios clínicos 29 (43%). Tenían infiltrado 38 (57%), cavitación 4 (6%), nódulos 3 (5%). En 35 pacientes (52%) se realizó TAC torácico, en 7 (10%) se consideró compatible con infec-

ción por micobacterias. Cumplían criterios radiológicos 33 (49%). 60 fueron MAC (90%), 4 *M. lentiflavum*, 1 *M. gordonae* y 2 pendientes de identificar. La muestra fue esputo en 58 casos (87%), BAL/BAS en 5 (8%) y otros en 4. Sólo en 2 casos se vieron BAAR antes del cultivo. Se consideraron patógenos 3 casos (4,5%), no patógenos 41 (61%) y pendientes de seguimiento 23 (34%). Recibieron tratamiento para MAC 2 pacientes, los otros 2 patógenos fueron tratados inicialmente como tuberculosis, uno de ellos se ha perdido en el seguimiento y el otro mejoró con tuberculostáticos. Se analizó un análisis multivariado comparando las variables de los pacientes contaminantes y patógenos/en seguimiento. Fue más frecuente en el grupo no patógeno la obtención de la muestra después de los primeros 5 días de ingreso, la ausencia de bronquiectasias y no cumplir criterios clínicos ($p < 0,05$). Sólo 1 de los 5 pacientes VIH es dudoso, los demás fueron contaminantes. Los dos BAAR positivos son patógenos. En total los pacientes han sido seguidos una media de 132 días (sd 97, rango 0-360). De momento ningún paciente se ha considerado en la evolución como patógeno.

Discusión. El aislamiento de MAC en nuestro centro es elevado en comparación con otros centros. La infección VIH no juega un papel relevante en este aspecto. En nuestro medio las muestras obtenidas tras 5 días de ingreso parecen tener menos valor clínico. El diagnóstico es excluido en la mayoría de los pacientes por no cumplir los criterios microbiológicos. La petición de cultivo de micobacterias se realiza en el contexto de una clínica y radiología anómala, por lo que un alto porcentaje de pacientes cumple los criterios clínicos y radiológicos. Entre los criterios clínicos la existencia de diagnóstico alternativo, la curación sin tratamiento específico para micobacterias y la ausencia de tos son de gran utilidad para excluir enfermedad. El TAC torácico puede ser necesario en casos dudosos. La presencia de BAAR positivos es muy sugerente de patogenicidad. El seguimiento de los pacientes no ha mostrado por el momento que ninguno de los casos dudosos o contaminantes tenga relevancia clínica.

Conclusiones. El aislamiento de MAC en nuestro medio es elevado en comparación con otros centros. En un año hemos diagnosticado 3 infecciones pulmonares por MAC en pacientes inmunocompetentes. Los criterios diagnósticos nos han sido de gran utilidad en la práctica clínica. Sin embargo, en algunos casos puede tener un curso indolente por lo que el seguimiento de los pacientes a largo plazo debe ayudar a determinar la relevancia clínica de los pacientes dudosos que no los cumplen.

A-019 PUNCIÓN LUMBAR Y MENINGITIS AGUDA ¿ES ADECUADA NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA?

L. Núñez Calvo¹, M. Castro Bermúdez², C. Cid³, M. Fernández Muínelo¹ y J. Jiménez Martínez¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Preventiva, ³Neurología. Cristal Piñor. Ourense.

Objetivos. La meningitis (M) es una urgencia médica que requiere de la máxima habilidad diagnóstica ya que en su presentación faltan con frecuencia los habituales signos clínicos o al menos no están presentes de forma completa. Su tasa de mortalidad, alrededor del 20%, a pesar de contar con un arsenal terapéutico cada vez más amplio, no ha variado en los últimos años. Está demostrada por otra parte, la clara relación de la precocidad en el diagnóstico y tratamiento de meningitis aguda (MA) con la morbilidad y mortalidad generadas por la misma. Por esto, la rápida realización de una punción lumbar (PL), que continúa siendo la piedra angular de su diagnóstico, es esencial. En la práctica clínica la necesidad de diagnosticar y tratar precozmente una enfermedad grave como es la M y diferenciarla en pacientes febriles de infecciones víricas banales tanto en jóvenes como en ancianos representa un verdadero reto en el servicio de urgencias. Las pocas series publicadas en cuanto a su rendimiento sitúan los porcentajes de confirmación de una M en las PL realizadas siempre por debajo del 30%. Por el contrario, no superan el 10% los casos de M no sospechadas y que son dados de alta desde urgencias o ingresados con diagnósticos alternativos debido a la no realización de una PL. Son escasos los estudios que valoran la mortalidad y morbilidad de la PL y por tanto no hay un consenso claro en las contraindicaciones de la realización de Tac craneal previo.

Material y métodos. En un intento de avanzar en la idoneidad de la práctica clínica presentamos un estudio realizado en pacientes mayores de 18 años (146 casos) en el servicio de urgencias del Hospital Cristal de Ourense desde octubre de 2002 hasta marzo de 2004 a los que se realizó PL por sospecha clínica de M y a los que se les diagnosticó finalmente de M sin haber sido sospechada en dicho servicio. Se analizan los datos obtenidos de las historias clínicas y se realiza un análisis independiente por tres expertos (internista, neurólogo e infectólogo) en cuanto a la indicación de la realización de una PL.

Resultados. Destacan el porcentaje de positividad en las PL realizadas y la incidencia de M no sospechadas, al igual que la realización o no de Tac craneal previo y las variables clínicas que condicionan la realización de PL.

Discusión. Se discuten las combinaciones de síntomas, las complicaciones y morbilidad de la técnica así como el grado de concordancia de los evaluadores independientes antes mencionados.

Conclusiones. 1) En nuestro medio, el porcentaje de PL realizadas en las que se confirmó el diagnóstico de M, aunque bajo, es concordante con la literatura. 2) El porcentaje de M no sospechadas a las que por tanto no se realizó PL es superior al esperado. 3) El síntoma más frecuente que contribuyó a la toma de decisión en la realización de PL en pacientes menores de 64 años fue la cefalea y en los mayores de 64 años las alteraciones mentales. 4) Practicamos sólo de forma anecdótica la exploración del fondo de ojo y en cambio la realización de Tac craneal previo a PL sólo está indicado en algo más de un tercio de los pacientes con independencia del grupo de edad. 5) En el estudio comparativo, sólo la combinación de fiebre y cefalea con vómitos o rigidez de nuca fue estadísticamente significativo entre paciente con/sin M a los que se realizó una PL. 6) Es significativo el número de pacientes que presentan complicaciones tras la PL, pero éstas son de escasa relevancia clínica y no condicionan una morbilidad importante. Las medidas que se indican con el fin de minimizar estas complicaciones no parecen tener influencia en su aparición. 7) El grado de acuerdo entre evaluadores independientes fue bajo, traduciendo la dificultad que conlleva en la práctica clínica la toma de decisiones en cuanto a realizar o no una PL.

A-020 ESTADO INMUNOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ENFERMEDAD INFECCIOSA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

D. Micheloud¹, E. Calvo², L. Teigell², J. Rodríguez Molina¹ y Fernández Cruz¹

¹Servicio de Inmunología, ²Servicio de Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Determinar en nuestros pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedad infecciosa, el control glucémico, el estudio inmunológico y su relación con la infección.

Material y métodos. Se analizaron un total de 34 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital con el diagnóstico principal de enfermedad infecciosa. Se determinaron diversos parámetros inmunológicos (cuantificación de inmunoglobulinas, complemento, inmunocomplejos circulantes, niveles de anticuerpos anti-toxoide tetánico y antineumococo), la hemoglobina glicosilada como parámetro de control metabólico y la proteína C reactiva como reactante de fase aguda.

Resultados. La edad media (DE: desviación media) fue de 74 años (8). Trece (38%) fueron hombres y 21 (62%) mujeres. En cuanto a las enfermedades acompañantes, 28 (82%) presentaban hipertensión arterial, 15 (44%) dislipemia, 19 (56%) cardiopatía, 12 (35%) broncopatía. 20 (59%) estaban siendo tratados con antidiabéticos orales, 9 (26%) con insulina, 4 (12%) con la combinación de insulina y antidiabéticos orales y uno (3%) se controlaba con dieta. Las infecciones que motivaron el ingreso hospitalario fueron de las vías respiratorias en 21 pacientes (62%), 12 pacientes (35%) del tracto urinario y uno (3%) del aparato digestivo. Los niveles de inmunoglobulinas y complemento fueron analizados según sexo y tipo de infección. La comparación de los parámetros inmunológicos y el tipo de infección no permitió establecer diferencias estadísticamente significativas. Si se encontraron diferencias estadísticas en los niveles de complemento C3 y con $p = 0,064$ en los niveles de complemen-

to C4 analizados según sexo, con niveles inferiores en los hombres. La media de anticuerpo antitoxoide fue de 0,16. De los pacientes a los que se determinó el anticuerpo antineumococo que fueron 21 del total, 11 de ellos (52%) presentaron cifras de antineumococo superiores a 27 y los otros 10 (48%), una media de anticuerpo antineumococo de 11. La media de hemoglobina glicosilada fue de 9 en hombres y 8 en mujeres lo que denota un mal control metabólico. La media de proteína C reactiva fue de 3.

Discusión. Los resultados revelan la importancia del síndrome metabólico en los pacientes con diabetes mellitus y su relación con la patología cardiopulmonar. Además, en nuestra muestra de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, los niveles de inmunoglobulinas y complemento fueron normales a pesar del inadecuado control metabólico que presentaban y de que todos ellos padecieran una enfermedad infecciosa como motivo de ingreso. En cuanto a la producción de anticuerpos anti-toxoide tetánicos y antineumococo, los niveles fueron bajos comparados con los considerados en la población general (100-110).

Conclusiones. Los niveles absolutos de inmunoglobulinas y complemento probablemente no sean suficientes para evaluar la situación inmunológica de estos pacientes. Es posible que deberíamos ampliar la muestra con un grupo control. Sin embargo puede que estos pacientes se beneficiaran de la monitorización de la respuesta antigénica específica y en casos individuales incluso de la revacunación para mantener niveles protectores de inmunoglobulinas específicas.

A-021
DESCRIPCIÓN DE 28 CASOS DE PALUDISMO DIAGNOSTICADOS EN 1 AÑO EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA
J. Ruiz Giardín¹, J. San Martín¹, M. Alonso², A. Barrios¹, N. Cabello¹, E. Canalejo¹, F. Esteban¹ y A. Zapatero¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Estudio descriptivo etiológico, epidemiológico, clínico, y analítico de todos los casos de paludismo diagnosticados en el primer año de apertura del Hospital de Fuenlabrada.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de casos de malaria diagnosticados en el Hospital de Fuenlabrada, recogiendo las variables: edad, sexo, procedencia, días desde el inicio de la clínica, días del retorno a España hasta el diagnóstico, realización de profilaxis, tipo de plasmodium, tratamiento, leucocitos, plaquetas, hemoglobina, transaminasas, clínica (fiebre, cefalea, manifestaciones digestivas, respiratorias), y evolución. Estudio a través de tablas de contingencia de las diferencias entre los casos debidos a *P. falciparum* y el resto.

Resultados. De junio 2004 a junio 2005, han sido diagnosticados 28 casos de malaria, 15 (53,5%) durante los meses de otoño. Los países en que se contrajo la infección son Guinea Ecuatorial 15 casos (53,6%), seguido de Nigeria con 11 casos. Ninguno padecido por viajero español. *P. falciparum* fue el más frecuente: 20 casos (71,4%). La mayoría fueron varones 20 casos (71,4%). Edad media de 31,8 años (DS 14). La profilaxis se realizó correctamente en 4 casos (14,3%). Clínica: fiebre 26 (92,9%), cefalea 13 (46,4%), síntomas digestivos 14 (50%). Días en España al diagnóstico: 22 (78,6%) casos se diagnosticaron en los 30 días siguientes al regreso a España, y 26 casos (93%) antes de los dos meses. Un caso se diagnosticó a los 120 días (*P. falciparum*), y otro al año del regreso (*P. vivax*). Días con clínica al diagnóstico: Por debajo de los 36 días en todos los casos, y por debajo de los 10 días en el 90%. Analítica: Ausencia de leucocitosis en 100% de casos, trombopenia 16 (57%), anemia 17 (60,7%), elevación de transaminasas 13 (46,4%). Tratamiento: 23 (82,1%) recibieron quinina y doxiciclina. Todos curaron. Tras realización de tablas de contingencia, no existen diferencias significativas ($p < 0,15$) en los datos clínicos, analíticos ni en los tiempos de diagnóstico entre los casos producidos por *P. falciparum* y el resto.

Discusión. El paludismo es una de las enfermedades más importantes adquiridas en personas procedentes del Trópico, fundamentalmente en nuestro área procedentes del África subsahariana. Es una entidad que debe sospecharse en toda persona con fiebre y que haya realizado viaje a zona de riesgo en el año previo, y sobre todo en los últimos 6 meses. La clínica es absolutamente variable, semejante a un cuadro gripal, el diagnóstico debe de ser precoz, y la realiza-

ción correcta de profilaxis no debe excluir la sospecha diagnóstica. La población de nuestro área con paludismo es población inmigrante muchos de ellos asentados en nuestro país, y que viajan periódicamente a su país de origen. Analíticamente destacan la ausencia de leucocitosis en todos los casos, por lo que la presencia de leucocitosis debe hacer pensar en otra entidad infecciosa asociada al paludismo. Frecuente presencia de trombopenia, y elevación de las enzimas hepáticas. La mayoría de los casos son producidos por *Plasmodium falciparum*, con curación en todos los casos, debido a que gran parte de esta población son autoinmunes, pero debiendo tener en mente que ausencias de contacto de más de dos años, pueden hacer perder a esta población la tolerancia al plasmodium, pudiendo producir si se sufre una nueva infección pasado ese período, cuadros más severos. Por lo tanto en esta población hay que insistir en la importancia de la realización de una correcta profilaxis antipalúdica.

Conclusiones. 1) Importancia de la sospecha diagnóstica en toda persona con fiebre con estancia en el Trópico en el último año. 2) Importancia en la realización de profilaxis correcta. Ésta no excluye la posibilidad de padecer malaria. 3) El paludismo no se asocia a leucocitosis. La presencia de leucocitosis debe hacernos sospechar otra entidad infecciosa además del paludismo. 4) Cuadro clínico absolutamente inespecífico. 5) El paludismo es una enfermedad que todo médico con actividad clínica debería conocer por el progresivo incremento de casos importados (inmigración y viajes).

A-022
TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN LATENTE DE TUBERCULOSIS EN CONTACTOS CONVIVIENTES INMIGRANTES Y AUTÓCTONOS
A. Vivero¹, M. Riera², N. Freixas², X. Martínez Lacasa¹, S. Quintana³ y J. Garau¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermería, ³Servicio de UCI. Hospital Mútua Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. Evaluar el cumplimiento del tratamiento de la Infección latente tuberculosa (TILT) en los contactos de enfermos bacilíferos autóctonos y en los inmigrantes. Comparación del número de contactos convivientes de pacientes con TB bacilíferos, entre casos inmigrantes y autóctonos.

Material y métodos. Se revisaron retrospectivamente todos los contactos convivientes de pacientes con TB bacilíferos estudiados en Hospital Mutua de Terrassa entre 2000-2004. Se recogieron la edad, sexo, PPD, vacunación previa, toxicidad hepática y cumplimiento. Al detectarse un caso de TB bacilífera, se buscaron todos los contactos convivientes y se realizó un PPD y radiografía de tórax. Se consideró candidato de TILT cuando el PPD fue positivo (> de 5 mm) después de descartar TB activa. Inmigrante es toda persona nacida en otro país y que resida en España desde hace menos de 5 años. Toxicidad hepática se definió como alteración de las transaminasas (X3 valor inicial) o clínica de hepatitis. Se consideró cumplimiento del tratamiento si se tomaron 180 dosis de isoniacida, y 60 dosis de rifampicina y pirazinamida.

Resultados. Se diagnosticaron 67 pacientes con TB bacilíferos (8 inmigrantes y 49 autóctonos). No se pudo realizar el estudio de contactos en 3 casos del grupo de inmigrantes (16%) frente a ninguno de los autóctonos ($p = 0,02$). Se estudiaron 109 contactos convivientes de los cuales 85 eran autóctonos y 24 inmigrantes. La media de contactos convivientes fue del 1,69 en el grupo de autóctonos y del 2,91 en el grupo de inmigrantes, sin diferencias significativas. El grupo de autóctonos tenía una media de edad de 41, y el de inmigrantes de 26 ($p = 0,007$). No hubo diferencias en la distribución de sexos. Entre los países de procedencia Marruecos representó el 37,5%, Ecuador y Senegal el 25% cada uno y Colombia el 12,5%. Se realizó el PPD en el 100% de los contactos autóctonos estudiados y en el 96% de los inmigrantes. La hepatotoxicidad fue del 4,5% y 0%, respectivamente. El 3,5% de los contactos no inmigrantes tenían TB frente al 8,3% de los autóctonos ($p = 0,6$). Tampoco se evidenciaron diferencias en el número de ILT entre contactos autóctonos e inmigrantes, 51,7% vs el 54,7%. En cuanto al número de vacunados no hubo diferencias en los dos grupos, 14,1% de los autóctonos y 16,7% de los inmigrantes. No se dispuso de la información necesaria en un 45,8% de los pacientes inmigrantes frente al 17,6% de los autóctonos, respecto a su status va-

cunal, con lo que puede existir un sesgo. Entre los pacientes que iniciaron tratamiento, el cumplimiento del TILT fue del 94% entre los autóctonos y del 91,6% de los inmigrantes.

Discusión. Como es conocido, existe una mayor dificultad para realizar el estudio de contactos en la población inmigrante, que no obstante consideramos aceptable en nuestra área. Entre los pacientes en los que se realizó el estudio de contactos, no hubo diferencias en el cumplimiento del TILT. Una explicación podría ser que en nuestra área los inmigrantes tienen una mayor estabilidad socio-familiar y económica. Otro factor podría ser el seguimiento estricto de los pacientes por parte de la Unidad de Tuberculosis mediante registro de asistencia, control telefónico y flexibilidad de visita. Existen relativamente pocos contactos convivientes por caso índice en el grupo de inmigrantes, lo que traduce la falta de hacinamiento de los mismos. Tampoco hubo diferencias en el número de casos de TB diagnosticadas a raíz del estudio de contactos entre los dos grupos. Es bien sabido que la incidencia de TB es mayor en los primeros años de residencia en el país receptor, generalmente debido a reactivación, más que por transmisión. Los pacientes son más jóvenes en el grupo de inmigrantes, de forma similar a otros estudios publicados, donde se evidencia un mayor flujo migratorio de personas jóvenes.

Conclusiones. En nuestra población no hubo diferencias en el cumplimiento del TILT entre los convivientes autóctonos y los inmigrantes, una vez iniciado el screening. Parece que la estabilidad socioeconómica de nuestra población inmigrante y un correcto seguimiento serían los factores más importantes relacionados con el correcto cumplimiento.

A-023 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y VIH: SERIE DE 12 PACIENTES

C. Fernández Rodríguez¹, M. Galindo Puerto¹, M. Oltra Sempere¹, M. Ruano Camps², F. Martínez García¹, N. Abdilla Bonias², F. Alcacer García¹ y J. Guix García¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. La enfermedad cardiovascular era poco frecuente en los pacientes con infección por VIH, pero a partir de 1997 y desde la generalización del uso de inhibidores de proteasa (IPs), empezaron a comunicarse los primeros casos de cardiopatía isquémica. En el presente estudio analizamos las características de los pacientes de nuestra cohorte que han desarrollado episodios de cardiopatía isquémica a lo largo de los últimos 5 años.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que habían desarrollado un episodio de cardiopatía isquémica sintomática desde el 1 de enero de 1999 hasta el 30 de junio de 2004 y que seguían control regular en Consultas Externas de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Valencia. De estos pacientes se analizaron los factores de riesgo cardiovascular, el perfil lipídico de acuerdo con las recomendaciones del III Panel del National Cholesterol Education Program (NCEP III), el consumo de fármacos y distintos tóxicos, las características de la infección por VIH, la presencia o no de lipodistrofia desde el punto de vista clínico y las características del episodio de cardiopatía isquémica.

Resultados. 12 pacientes del total de 1.100 en seguimiento presentaron un episodio de cardiopatía isquémica, representando una prevalencia de cardiopatía isquémica de un 1,09% durante el tiempo de estudio. De los 12 pacientes 3 eran mujeres (25%); la edad media era de 48,56 años (rango 37-69 años) y cuatro de ellos tenían más de 60 años. La forma de presentación del episodio fue de infarto agudo de miocardio de 11 pacientes y angor en 1 caso. Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron el sedentarismo (100%) y el tabaco (91,6%). En cuanto a la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, destaca su concentración en los pacientes: 6 de ellos (50%) presentaban 4 factores de riesgo y 5 (41%) 3 factores de riesgo. En el perfil lipídico de los pacientes antes del episodio destaca la existencia de hipertrigliceridemia (TG > 200 mg/dl) en 7 pacientes (58,3%), hipercolesterolemia (CT > 240 mg/dl) en 2 (16%), HDL-col < 40 mg/dl en 6 pacientes (50%), LDL-col > 160 mg/dl únicamente en un paciente y una dislipemia mixta en dos pacientes (18,2%). Tres pacientes (25%) presentaban

criterios de síndrome metabólico según el III panel del NCEP. Únicamente 4 pacientes (36,4%) presentaban redistribución grasa, 3 de ellos con lipoatrofia (27,3%) y otro con una lipodistrofia mixta (9,1%). Sólo 4 de ellos estaban en tratamiento con IPs.

Discusión. La prevalencia de cardiopatía isquémica es superior a la observada en los pacientes no infectados. Existe una prevalencia elevada de factores de riesgo cardiovascular, con concentración importante de los mismos en varios pacientes. Aunque 9 de ellos han tomado IPs en algún momento, únicamente 4 los estaban tomando durante el episodio de cardiopatía isquémica.

Conclusiones. Se hace necesaria una intervención activa sobre los distintos factores de riesgo, sobre todo sobre el consumo de tabaco y la dislipemia, siguiendo los mismos criterios que en población general (NCEP).

A-024 CIRROSIS COMPENSADA E INFECCIÓN POR VIH: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS

F. Pascual¹, J. Arribas¹, J. González¹, M. Montes¹, F. Gaya², R. Muñoz¹, J. Peña¹ y J. Vázquez¹

¹Medicina Interna, ²Unidad de Investigación. La Paz. Madrid.

Objetivos. Describir y analizar las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de la cirrosis hepática (CH) compensada en el paciente infectado por el VIH.

Material y métodos. Estudio transversal de pacientes infectados por VIH del Hospital La Paz de Madrid desde 7/2004 a 7/2005 diagnosticados de CH sin descompensación previa. Criterios diagnósticos de CH: CH confirmada: biopsia confirmatoria de CH o fibrosis en puentes avanzada. CH probable: hepatitis crónica por VHC y/o VHB y/o consumo diario alcohol > 80 g/día durante > 5 años con un score de CH ≥ 8 (Bonacini et al. Am J Gastroenterol. 1997;92:1302).

Resultados. Identificamos 51 pacientes con CH compensada, 39 (76,5%) confirmada y 12 (23,5%) probable. El 72,5% fueron varones. Edad (mediana) 42 (RIQ: 39-46). Años desde el diagnóstico de VIH hasta el diagnóstico de CH, 14 (RIQ: 12-18) y desde el inicio de ADVP, 23 (RIQ: 20-26). Seguimiento desde el diagnóstico de CH, 3 años (RIQ: 1-4). El 92% con historia de ADVP. El 33% consumo histórico de alcohol > 80 g/día > 5 años. 63% no consumen nada de alcohol actualmente. Estadío CDC, 2/51 (3,9%) están en estadio A1, 10/51 (19,6%) en A2, 3/51 (5,9%) en A3, 9/51 (17,6%) en B2, 16/51 (31,4%) en B3, 1/51 (2%) en C2 y 10/51 (19,6%) en C3. Mediana CD4 es 408 (RIQ: 283-648). El 67% viremia VIH < 50 c/mL. 84% están recibiendo terapia antirretroviral: TFV/3TC/LOPI-RIT (20%), TFV/3TC/EFV (18%) y AZT/3TC/LOPI-RIT (10%). Sólo 1 paciente ha tenido una reacción de hepatotoxicidad producida por antirretrovirales (NVP). 98% presenta anticuerpos frente a VHC. 82% tienen una hepatitis crónica por VHC (45% genotipo 1, 36%, gen 3; 19% gen 4). 16% de los pacientes con anti-VHC + tienen una viremia negativa para VHC. 64% han recibido tratamiento para VHC, con respuesta viral sostenida en el 22%, no respuesta en el 62,5% y 16% aún están en tratamiento. Serología hepatitis B; 45% HBc+ aislado, 6% hepatitis B crónica, 25,5% con hepatitis B resuelta y 24,5% no se han expuesto a hepatitis B. Se han detectado varices esofágicas en el 20% de los pacientes en los que se ha realizado endoscopia según los criterios de Schepis et al (Hepatology. 2001;33:333). Estadío Child 84%, A; 16% B. El 10% de la muestra cumple criterios de trasplante.

Discusión. La causa más frecuente de CH compensada en pacientes infectados por VIH es la infección crónica por VHC de duración prolongada. Si establecemos como punto de inicio de la infección por VHC el del inicio de la drogadicción por vía parenteral, la mediana de duración de la infección por VHC en nuestros pacientes con CH compensada es de 23 años. Como factores que aceleran el desarrollo de la CH destacan el consumo excesivo de alcohol (33% en nuestra serie) y la inmunosupresión (71% cumple criterios de SIDA). Llama la atención el buen control virológico e inmunológico actual de la mayoría de los pacientes. Un porcentaje elevado (84%) recibe terapia antirretroviral destacando la baja frecuencia de hepatotoxicidad. La presencia de CH compensada no debe ser una contraindicación para el inicio del tratamiento antirretroviral. Además es de destacar, que el tratamiento frente a VHC debe plantearse

siempre en esta población. Hasta un 64% de nuestros pacientes han recibido tratamiento para VHC con una respuesta viral sostenida del 22%. Es destacable que se ha conseguido una abstinencia completa de alcohol en el 63% de los pacientes. Hasta un 20% de los pacientes que tenían indicación de endoscopia presentaron varices esofágicas, por lo que creemos que los criterios de Schepis son de utilidad en esta población.

Conclusiones. Las causas más frecuente de CH compensada en pacientes VIH+ es la infección crónica por VHC de larga evolución combinada con alcoholismo e inmunosupresión. La CH compensada no debe ser una contraindicación ni para la terapéutica antirretroviral ni para el tratamiento de la hepatitis C. Los criterios de Schepis podrían ser útiles para el cribado de varices esofágicas en esta población.

A-025

HEMATOMA RETROPERITONEAL MASIVO POR PSEUDOANEURISMA MICÓTICO DE LA ARTERIA RENAL EN ENDocarditis BACTERIANA

N. Cabello¹, S. Méndez², J. Ruiz Giardín¹, A. Barrios¹, J. San Martín¹, E. Canalejo¹, A. Sánchez¹ y A. Zapatero¹
¹Medicina Interna, ²Radiología. Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Los fenómenos embólicos sépticos son una complicación conocida y temida de la endocarditis bacteriana. Presentamos un caso de hematoma retroperitoneal masivo secundario a rotura espontánea de aneurisma micótico de una rama segmentaria de la arteria renal izquierda que pudo ser tratado con éxito mediante embolización.

Material y métodos. Descripción de un caso clínico relevante y revisión sistemática de la literatura y evidencia científica disponible sobre el diagnóstico y manejo actual de las complicaciones embólicas de la endocarditis bacteriana. Análisis descriptivo y retrospectivo de los casos de endocarditis bacteriana diagnosticados en nuestro centro desde su apertura hace un año (junio 2004 a junio 2005).

Resultados. Analizamos el caso de un varón de 48 años, diagnosticado de EB sobre válvula nativa mitral (gran vegetación de 2,2 cm que prolapsa en diástole y ocasiona IM severa) por *Staphylococcus aureus*, tratada con cloxacilina con evolución inicial favorable, que en la 4ª semana de evolución presenta dolor abdominal en vacío izquierdo, con empastamiento a la exploración, hipotensión y anemia aguda (requirió transfusión de 7 concentrados de hemáties y plasma), objetivándose en TAC abdominal gran hematoma retroperitoneal perirrenal (10 x 12 cm) y abundante líquido libre intraperitoneal; ante estos hallazgos, se realiza arteriografía con selectiva renal izquierda que muestra hemorragia en polo inferior del riñón izquierdo con dilatación sacular asociada sugerente de pseudoaneurisma renal; se realiza embolización, lográndose buen resultado morfológico y funcional. Se trata del 5º caso de EB diagnosticado en nuestro centro en el primer año de funcionamiento.

Discusión. La incidencia de fenómenos embólicos en la endocarditis bacteriana es alta, apareciendo como complicación en el 43 al 51% de los casos, la mayoría asintomáticos. En la era antibiótica moderna, la formación de pseudoaneurismas micóticos (por destrucción bacteriana de la pared arterial) es rara, con una incidencia de 0,9-9,5% global. La prevalencia global de aneurismas de la arteria renal es desconocida, se estima < 0,4% en la población general (en distintas series del total de aneurismas, 52% son intracraneales, 48% son extracraneales, de éstos 31% aorta abdominal, 38% femorales, 8% mesentérica superior, 6% ilíacos, 7% braquiales, 1% renales). El agente etiológico más frecuentemente aislado es el *Staphylococcus aureus* (28-71%). La mortalidad es alta (23-60%) siendo de mejor pronóstico los de localización infrarrenal y aquellos en los que se combina tratamiento médico y quirúrgico. Los PSAM renales más pequeños (< 2 cm) pueden trombosarse espontáneamente y cursar de forma asintomática, pero los más grandes pueden romperse y dar lugar a sepsis o hemorragias, en forma de hematuria masiva o sangrado intraabdominal y retroperitoneal; cualquiera de estas complicaciones obligaba a laparotomía urgente y nefrectomía en la mayor parte de los casos, pero en los últimos años la embolización selectiva de la arteria renal se ha convertido en el tratamiento de elección de estas lesiones. En el caso que nos ocupa, la sospecha inicial de hematoma retroperitoneal fue clínica, ante dolor

abdominal y shock, y la confirmación se hizo mediante pruebas de imagen. La evolución posterior del paciente tras embolización fue favorable, con resolución progresiva del hematoma retroperitoneal, programándose posteriormente cirugía de reemplazo valvular mitral. En la actualidad, el paciente realiza vida normal, con función renal conservada.

Conclusiones. 1) El pseudoaneurisma micótico es una complicación rara de la endocarditis bacteriana en la era antibiótica, pero con alta morbi-mortalidad. 2) La localización renal es poco habitual. 3) El tratamiento de elección es la embolización, con el fin de preservar la función renal, además de antibioterapia específica. 4) Los pacientes diagnosticados de endocarditis bacteriana se benefician de un manejo multidisciplinar, dirigido por el Internista, por las múltiples complicaciones que se pueden presentar en su evolución.

A-027

HIPERLACTATEMIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y SU RELACIÓN CON OTROS EFECTOS ADVERSOS DE ESTOS FÁRMACOS

E. Santos¹, S. Bahamonde¹, A. Fuertes¹, G. Luna¹, M. Cordero¹, C. Montilla², M. Pérez¹ y L. Moralejo¹
¹Medicina Interna, ²Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. 1) Determinar la incidencia de hiperlactatemia en pacientes con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral. 2) Analizar la relación entre la aparición de hiperlactatemia y otros efectos adversos medicamentosos, secundarios a toxicidad mitocondrial.

Material y métodos. Desde el 1 de marzo al 30 de septiembre de 2004, se estudiaron los pacientes con infección por el VIH, con o sin tratamiento antirretroviral, que acudieron a revisión por 3 consultas externas del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Se descartaron aquellos pacientes que presentaban otras posibles causas de hiperlactatemia diferentes al tratamiento antirretroviral. Se describió la hiperlactatemia según la clasificación de Pulido et al. Los datos recogidos fueron analizados con un paquete estadístico SPSS.

Resultados. Se realizó el estudio con 133 casos. Del total de pacientes incluidos, el 67,7% eran varones. La media de edad fue de 39 años. 51 (38,34%) pacientes del estudio se encontraban en el estadio C de la infección. Del total de pacientes, el 93,98% estaban con algún tipo de tratamiento antirretroviral, mientras que el 6,01% permanecían sin tratamiento. Un 60,9% de los pacientes no presentaron alteraciones en los niveles de ácido láctico. El 37,59% y el 1,5% de los pacientes estudiados presentaron una hiperlactatemia leve y moderada respectivamente. No se dieron casos de hiperlactatemia grave secundaria al tratamiento antirretroviral. Todos los pacientes sin tratamiento presentaron niveles de lactato dentro de la normalidad. Se observó una relación directa entre los niveles de lactato en sangre y el resto de las variables estudiadas (CK, amilasa, ALT, glucosa, colesterol total y triglicéridos). Esta correlación fue máxima ($r = 0,246$) y estadísticamente significativa entre el lactato y los niveles de CK ($p < 0,01$).

Discusión. El tratamiento antirretroviral de gran actividad, a pesar de mejorar la evolución y el pronóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, asocia múltiples e importantes efectos adversos. Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIAN) se relacionan especialmente con la toxicidad mitocondrial, la cual entre otros efectos, es responsable de la aparición de hiperlactatemia. El aumento del ácido láctico es un proceso frecuente (5-25% según las series analizadas), pero en general leve y asintomático, que parece estar claramente relacionado con la toma de ITIAN. La escasa frecuencia de eventos de gravedad hace innecesaria la determinación rutinaria de ácido láctico, salvo sospecha clínica o situaciones especiales. La elevación de las enzimas hepáticas, pancreáticas o musculares, aunque no muy específica, también es un marcador de daño mitocondrial. En nuestro estudio se observó una relación directa entre estas variables y el aumento del ácido láctico, que fue máxima en el caso de la CK. Estas determinaciones pueden ser útiles a la hora de diferenciar hiperlactatemias producidas por la toma de ITIAN, de las originadas por otras causas.

Conclusiones. 1) La hiperlactatemia es frecuente en los pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral, que incluía ITIAN. El 39% de los pacientes estudiados presenta un aumento de los niveles de ácido láctico en sangre. En la mayor parte de los casos se trata de una hiperlactatemia leve (37,59%). No se encontraron casos de hiperlactatemia grave. 2) Existe una asociación directa y estadísticamente significativa entre los niveles de lactato y los de CK en sangre. No parece existir relación significativa entre la hiperlactatemia y los niveles de: amilasa, ALT, colesterol total, triglicéridos y glucosa en sangre.

A-028
CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CON COINFECCIÓN VIH-VHC: NUESTROS PRIMEROS 4 CASOS

A. Muñoz Morente, F. Del Alcázar Ortega, J. Antúnez Gálvez, I. Pérez de Pedro y A. Villalobos Sánchez
 Medicina Interna. Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio es describir los primeros 4 casos de hepatocarcinoma en pacientes con coinfección VIH-VHC en nuestra cohorte de seguimiento.

Material y métodos. En nuestro hospital se atiende una población de unos 1500 pacientes con infección VIH, de los cuales un 60% presentan hepatitis crónica por el VHC, pues hasta en un 70% la vía de transmisión es la parenteral. Durante el año 2004 se diagnosticaron los primeros 4 casos de hepatocarcinoma en esta cohorte de pacientes. Se recogieron los siguientes datos demográficos, clínicos y analíticos: edad, sexo, vía de transmisión, consumo de alcohol, edad de al contagio, tiempo de infección, genotipo virus C, nadir CD4, Carga viral al diagnóstico, toma previo de Inhibidores de la proteasa, tratamiento previo con interferon, tipo de hepatocarcinoma, presencia de trombosis portal y supervivencia.

Resultados. Todos los pacientes eran varones y habían sido adictos a drogas por vía parenteral. La edad media era de 42 años (38-46). Todos se infectaron antes de los 25 años de edad, y 3 de ellos reconocían consumo de más de 50 gramos diarios de alcohol. Si consideramos el contagio al año del inicio de consumo de drogas vía parenteral el tiempo medio de evolución fue de 20 (20-22) y desde el diagnóstico serológico 16,5 años (15-18). El genotipo de virus C fue: 1a, 1b, y 3ª. En un paciente no encontramos este dato. Al diagnóstico del hepatocarcinoma 3 de los pacientes tenían menos de 100 CD4/mm³, y solo uno presentaba más de 500 CD4. Tres presentaban carga viral de VIH indetectable y sólo 1 más de 250.000 copias. Dos había recibido en algún momento tratamiento con algún inhibidor de proteasas. En dos se intentó tratamiento del VHC, uno con interferon solo y el otro con interferon más ribavirina que tuvo que ser suspendido por leucopenia. El hepatocarcinoma se presentó como lesión única en dos y en los otros dos en su forma multinodular difusa. Tres de ellos presentaban trombosis portal al diagnóstico. En la actualidad uno de los pacientes continúa vivo y los otros 3 fallecieron al mes, 4 meses y 7 meses tras el diagnóstico.

Discusión. La prevalencia de infección crónica por el VHC en adictos a drogas por vía parenteral varía del 75%-90%. En pacientes con hepatitis crónica por el VHC se calcula que el hepatocarcinoma se desarrolla a los 25-30 años de enfermedad. Se ha visto que la coinfección con el VIH acelera esta evolución. La introducción de la terapia antirretroviral de alta efectividad (TARGA) ha aumentado dramáticamente la supervivencia de los pacientes VIH, además, es en este momento cuando nuestros pacientes alcanzan los 15-20 años de evolución de la coinfección.

Conclusiones. En los próximos años los casos de hepatocarcinoma en pacientes con coinfección VHC-VIH van a ser mucho más frecuentes, por lo que habría que considerar nuevos protocolos de diagnóstico y tratamiento en este tipo de pacientes.

A-029
EFICACIA, TOLERANCIA Y ADHERENCIA DE LA PAUTA DE TRES DÍAS DE AZITROMICINA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA DE LA VÍA AÉREA INFERIOR SIN CONDENSACIÓN NEUMÓNICA (IRVAI)

M. Torralba¹, M. Ruiz¹, V. Palomo², I. Alonso², M. Antoral², M. Fernández Escribano², M. Rodríguez Couso² y A. Marco²

¹Medicina Interna., ²Servicio de Urgencias.
 Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. Evaluar la eficacia, tolerancia y adherencia de la azitromicina en una pauta de 500 mg una vez al día durante tres días en el tratamiento de la IRVAI.

Material y métodos. Estudio de intervención no aleatorizado prospectivo. Se incluyeron pacientes entre 18 y 70 años que acudían al servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Guadalajara por traqueobronquitis aguda. Se excluyeron EPOC y neumonías.

Resultados. Se incluyeron 52 pacientes con un total de 8 pérdidas. Un 28,8% habían sido vacunados de la gripe. Un 23,1% era fumadores. Un 44% de los pacientes habían tenido una temperatura igual o superior a 38 °C antes de acudir a urgencias. Un 98,1% presentaban tos y un 67,3% expectoración (blanca en un 11%, amarillenta o verde en un 46% y hemoptóica en un 4%). Globalmente los clínicos consideraron la IRVAI como leve en un 60% y moderada en un 40%. La presuposición de la etiología de la IRVAI por parte de los clínicos fue en un 26% bacteriana, un 60% vírica y un 14% sobreinfección bacteriana. En la respuesta a los 3 días los pacientes referían una curación completa en un 22,7%, mejoría en un 56,8% y fracaso en un 20,5%. A los días referían una curación completa en un 47,7%, mejoría en un 36,4% y fracaso en un 15,9%. El 88% de los pacientes refirieron haber tomado los tres comprimidos. Cuatro pacientes refirieron diarrea como nuevo síntoma a raíz de la toma del antibiótico de no más de 4 días y uno presentó náuseas sin vómitos durante un día. El resto de pacientes no atribuyó ninguna toxicidad al tratamiento antibiótico. Un 51,2% de pacientes describió la tolerancia del antibiótico como muy buena, un 46,5% como buena, ninguno como «regular» y sólo un paciente como «mala». En un análisis univariable sólo 2 variables mostraron significación estadística: 1) La vacunación antigripal se asoció con una evolución desfavorable al tercer y séptimo día. Seis de 11 pacientes (54,4%) vacunados frente a 3 de 33 no vacunados (9,1%) mostraron evolución desfavorable al tercer día (OR: 12; IC95%: 2,24-64,28; p = 0.001). En el séptimo día de evolución fue de OR 12,9; IC95%: 2-83; p = 0,02. 2) La edad; por cada año de edad, la OR de respuesta desfavorable en el tercer día fue de 1,057 (IC95%: 1,007-1,111; p = 0,026) y en el séptimo día de 1,046 (IC95%: 0,995-1,10; p = 0,076). Es decir por cada 10 años de edad la probabilidad de una respuesta desfavorable se incrementa en casi un 6% y 7,6% en el tercer día y séptimo día respectivamente.

Discusión. Nuestro propósito era ver si existían algunas variables epidemiológicas, síntomas o signos que pudiesen predecir qué subgrupo de pacientes se beneficiaba más del tratamiento. El pe-

Tabla de datos. (A-028).

| | Edad (años) | Modo contagio | Consumo alcohol (> 50 g/día) | Edad de contagio (años) | Genotipo VHC | Tiempo evolución | Supervivencia (meses) |
|--------|-------------|---------------|------------------------------|-------------------------|--------------|------------------|-----------------------|
| Caso 1 | 38 | ADVP | No | 19 | 1b | 19 | 1 |
| Caso 2 | 40 | ADVP | Sí | 21 | ND | 19 | 4 |
| Caso 3 | 46 | ADVP | Sí | 19 | 3 a | 20 | 7 |
| Caso 4 | 44 | ADVP | Sí | 18 | 1 a | 22 | 14 |

queño tamaño muestral, la ausencia de un grupo control así como unas pérdidas no despreciables hacen muy difícil la valoración de los resultados. La eficacia global es buena con un 84% de pacientes que muestran una curación o mejoría al 7º día y con una tolerancia excelente calificándose ésta como muy buena o buena en más de un 95%. Un 88% realizaron una cumplimentación correcta lo que valoramos como muy positivo en una infección que es generalmente leve y de corta evolución. La vacunación antigripal y la edad se asociaron con mala respuesta. Ambas variables están asociadas claramente ($p = 0,0001$). Probablemente la edad sea el factor que por sí sólo provoque infecciones respiratorias más severas y evolución más desfavorable como se ve en otros muchos estudios. En nuestro estudio la sospecha clínica de infección bacteriana o de sobreinfección bacteriana no se relacionó con una mejor respuesta a la azitromicina. Quizá debido a que muchas infecciones víricas también tienen una evolución y resolución de los síntomas cortas.

Conclusiones. La azitromicina en la IRVAI se muestra como un fármaco eficaz, seguro y bien tolerado. La edad se asocia a evolución desfavorable en estos pacientes.

A-030

PCR COMO MARCADOR DE INFECCIÓN BACTERIANA EN LA EXACERBACIÓN DE LA EPOC

H. Monzón Camps¹, V. Romani¹, P. Almagro¹, J. Torres², E. Cuchí³, C. Viñes⁴, J. Heredia⁵ y J. Garau¹

¹Medicina Interna, ²Radiología, ³Microbiología, ⁴Enfermería, ⁵Neumología. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. La PCR es una proteína de fase aguda sintetizada en los hepatocitos que aumenta en presencia de infección o inflamación tisular. Su producción está estimulada principalmente por la interleucina 6, interleucina 1-beta; i FNT-alfa. Se ha considerado un indicador de infección piógena en diversas patologías. Existen pocos estudios sobre la utilidad de la PCR en las exacerbaciones de la EPOC y se desconoce su relación con la microbiología de las mismas. **Objetivos:** determinar la asociación entre PCR e infección bacteriana demostrada por cultivo de esputo en pacientes hospitalizados por exacerbación de su EPOC; y relacionar los microorganismos patógenos aislados en el esputo y la presencia de inflamación medida por la PCR.

Material y métodos. Se estudiaron prospectivamente todas las exacerbaciones de EPOC que requirieron ingreso hospitalario durante un año y medio. Al ingreso se obtuvo un cultivo de esputo espontáneo o inducido. La espirometría se realizó en fase estable un mes después del alta. Se seleccionaron los episodios en los que existía una determinación de PCR en las primeras 48 horas. El análisis estadístico se realizó con el test de Anova o la U de Man-Whitney. Se construyó un modelo de regresión logística para el análisis multivariable.

Resultados. Se estudiaron 188 pacientes de los cuales 61 tenían determinación de PCR. En cuatro ocasiones existían 2 determinaciones realizadas en 2 ingresos diferentes. Se trata de 58 hombres y 3 mujeres con una edad media de 72,13 años (DE 10,74) y un FEV1 medio tras la prueba broncodilatadora del 43% de su teórico. Once eran fumadores activos (18%), 49 exfumadores (80,3%) y 1 no fumador (1,6%). En el cultivo de esputo se aisló flora mixta en 32 casos, *P. aeruginosa* en 18, *H. influenzae* en 4, *S. pneumoniae* en 7, *M. catharralis* en 2 y enterobacterias en 2. Los gérmenes se dividieron en tres grupos: 1) flora no patógena (FNP); 2) *P. aeruginosa* y enterobacterias; 3) *H. influenzae*, *S. pneumoniae* y *M. catharralis*. Los valores de PCR fueron significativamente más altos en el grupo 3 (88,68 ± 80,95) que en el grupo 2 (35,31 ± 36,81) y que en el 1 (54,94 ± 69,37) con una $p < 0,03$. Esta diferencia se conservó después de ajustar por FEV1.

Conclusiones. Se observan valores significativamente más altos de PCR en la exacerbación de la EPOC en pacientes con infección bacteriana por gérmenes piógenos habituales (*H. influenzae*, *S. pneumoniae* y *M. catharralis*). No hemos encontrado relación entre el FEV1 y los niveles de PCR en sangre. Serían necesarios otros estudios prospectivos para confirmar que elevados niveles de PCR son indicadores de infección bacteriana y pueden tener utilidad terapéutica.

A-031

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA EN PACIENTES VIH+. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 5 CASOS

I. Perales Fraile, I. Espert Rodríguez, T. Álvarez Espejo Montiel, T. Martín Jiménez, A. Ramos Martínez y V. Masip Marza

Medicina Interna. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. La Enfermedad de Castleman Multicéntrica (ECM) es un trastorno linfoproliferativo policlonal, con afectación multiorgánica, en cuya patogenia está implicado el virus herpes humano tipo 8 (VHH-8). En los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) está aumentada la incidencia de ECM probablemente por la mayor prevalencia de infección por VHH-8. **Objetivos.** Se pretende describir, en un estudio retrospectivo, las características clínicas y evolución de la ECM en 5 pacientes con infección por VIH.

Resultados. Los 5 pacientes eran varones, con una edad media de 47 años y habían adquirido la infección por VIH por contagio homosexual. Presentaban clínica de fiebre, esplenomegalia y adenopatías generalizadas (100%), pérdida de peso (60%), hepatomegalia (80%), disnea (40%) y sudoración (20%). La anemia fue un hallazgo constante, 3 de los pacientes presentaban trombopenia y 4 leucopenia. Otros datos de laboratorio destacables fueron: PCR elevada (60%), hipoalbuminemia (100%) e hipergammaglobulinemia policlonal (60%). En 4 de los 5 pacientes se llegó al diagnóstico de ECM tras biopsia de adenopatía periférica y en uno tras esplenectomía. 3 casos presentaban la variedad histológica hialino-vascular, uno plasmocelular y otro un patrón mixto. Al diagnóstico 3 de los pacientes tenían CD4 menores de 200 mm³. En 2 casos coexistían lesiones cutáneas de Sarcoma de Kaposi. Uno de los pacientes presentó un linfoma B difuso de células grandes de forma simultánea. En la totalidad de los pacientes se aisló VHH-8 por PCR en sangre periférica y en 3 casos se identificó el virus en el tejido biopsiado. Se aplicaron distintos tratamientos: Metilprednisolona, Vincristina, Bleomicina, Interferon alfa 2b en 2 casos, junto a esplenectomía por hiperesplenismo en uno de ellos, Rituximab en 2 casos y uno falleció sin posibilidad de tratamiento. En 2 de los pacientes se inició tratamiento antirretroviral (TAR) tras el diagnóstico de ECM, mientras que 3 ya lo tomaban previamente. 2 de los pacientes fallecieron a los pocos meses del diagnóstico. 3 continúan vivos con una supervivencia media de 85 meses.

Conclusiones. La ECM no se comporta como otras enfermedades oportunistas o tumores asociados a infecciones. Se desconoce si la heterogeneidad de la evolución y respuesta al tratamiento tiene relación con la variedad histológica, así como el papel del TAR. En 2 de los pacientes de nuestra serie la mejoría coincidió con el inicio de TAR. En un caso debutó a pesar de una buena situación inmunológica, con carga viral indetectable. En 2 casos la evolución fue fatal tras inicio de TAR. Estos 2 casos son los que presentaban variedad histológica plasmocelular o mixta y coexistencia de lesiones de Sarcoma de Kaposi y Linfoma B de alto grado. El mejor conocimiento de esta enfermedad y el desarrollo de estrategias terapéuticas consensuadas continúa siendo un reto.

A-032

FALSO RESULTADO POSITIVO EN EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: MALARIA AGUDA

G. Pérez Caballero

Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid.

Objetivos. Las peticiones analíticas de anticuerpos frente al VIH se han incrementado de forma importante en nuestros hospitales debido a la mayor sensibilidad existente hacia la infección VIH. Esto conlleva un descenso en el porcentaje de positividad de los resultados y a un incremento cuantitativo de los falsos positivos. Entre las causas que justifican estos hechos destacan: falsas reactividades en sueros de pacientes transplantados, multitransfundidos, enfermedades autoinmunes e infecciones por otros virus o parásitos.

Material y métodos. Varón de 25 años, natural de Nigeria, con 5 años de residencia en España. Consulta por fiebre y escalofríos de

24 horas de evolución. Viaje a su país 15 días antes sin realizar profilaxis antimalárica. Relación heterosexual de riesgo hacia unos 6 meses.

Resultados. Exploración: TA: 147/88 mmHg; FC: 121 lpm; T^a: 40 °C; FR: 40 rpm; SatO₂: 98% Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Bioquímica: PCR 1,4 mg/dl (0-0,5), glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio normales ALT_GPT 71.0 U/l, LDH 265,0 U. Hemograma, coagulación y sistemático de orina normales. Hemocultivos negativos. Punción Lumbar: células < 5, glucosa 58 mg/dl, prot 43 mg/dl, cultivo esteril. Coprocultivo: no se observan enteropatógenos. RX Torax y ecografía abdominal normal. Gota gruesa: en las tres primeras no se objetivan parásitos. En la cuarta, positiva para paludismo; extensión fina: parasitemia del 1,2% compatible con *Plasmodium falciparum*. Serologías: VHB: Ag, anti HBe, anti-VHC, Paul Bunnell, Toxo IgM y RPR negativos. Serología VIH por ELISA +, Test de confirmación por Inmunoblot: indeterminado. Comentarios y evolución: el paciente persistió febril hasta el diagnóstico de paludismo en que inició tratamiento con sulfato de quinina 650 mg cada 8 horas y doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días. Las gotas gruesas de control fueron todas negativas. En la 4ª semana de seguimiento: Serología VIH, ELISA+, Inmunoblot indeterminado. En la 6ª semana de seguimiento: Serología VIH, ELISA+, Inmunoblot indeterminado (Débilmente reactivo frente a gp120 y p17). En la 8ª semana de seguimiento: Serología VIH, ELISA -, carga viral ultrasensible < de 50 copias/ml, número de linfocitos CD4: 745 mm³, índice CD4/CD8 1,21. Diagnóstico: Malaria por *P. falciparum* con serología falsamente positiva para VIH en dicho contexto (negativización de la misma a la 8ª semana).

Discusión. Existen datos epidemiológicos acerca de falsas positividades serológicas de VIH con paludismo agudo en países de África, India o Tailandia, insistiendo en la necesidad de mejorar las técnicas serológicas y de establecer algoritmos diagnósticos que eviten estas situaciones de ansiedad para el paciente y que suponen un trabajo adicional y complejo en el laboratorio. La sensibilidad técnica actual se aproxima al 100% y la especificidad al 99%. La prueba de cribado de rutina utilizada en nuestro centro es el enzimoimmunoanálisis (EIA) de tercera generación tipo sándwich, que utiliza antígenos péptidos sintéticos de VIH-1 VIH-2 y Antígeno VIH-1 del grupo O. Los resultados del cribado se testan de nuevo con una prueba de confirmación, el inmunoblot, que utiliza antígenos recombinantes (LIA), considerándose positiva, por criterios de la OMS, la presencia de las bandas de al menos dos glucoproteínas del gen de la envoltura del virus: gp160, gp120 o gp41. Los resultados serológicos deben realizarse en sueros del paciente extraídos en 2 momentos distintos. Los resultados del Inmunoblot son indeterminados si: A) Se detecta una banda de envoltura: se debe reclamar un 2º suero urgente para descartar una seroconversión y solicitar pruebas complementarias (carga viral, detección de antígeno p24,...) o B) Se detectan bandas del core (p17, p31, p24, p55) u otras aisladas, recomendándose seguimiento a los 15 días, 1 y 3 meses.

Conclusiones. El incremento de viajes a zonas endémicas de paludismo, y el aumento de la inmigración, incrementarán las serologías falsamente positivas para VIH, que los clínicos debemos conocer para evitar situaciones de estrés innecesarias para el paciente, hasta la confirmación o no de dichas positividades.

A-033

ANISAKIASIS GASTROINTESTINAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: REVISIÓN DE 3 CASOS

I. Martín Algorta¹, M. Lambán Aranda¹, J. Ferrando Vela¹, A. Blasco Satué² y L. Sáez Comet¹

¹Medicina Interna, ²Radiología. Royo Villanova. Zaragoza.

Objetivos. Describir formas de presentación poco habituales de anisakiasis gastrointestinal.

Material y métodos. Se revisan de forma retrospectiva las historias clínicas y pruebas de imagen de 3 pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

Resultados. Caso 1: varón de 62 años apendicectomizado, diabético tipo 2, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de tipo cólico localizado a nivel de fosa iliaca derecha de 12 h de evolución, una deposición líquida y náuseas sin fiebre. Exploración física: abdomen doloroso a la palpación en flanco derecho y fosa iliaca derecha donde se palpaba «masa móvil» levemente dura y

Blumberg +. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda, resto de parámetros hematológicos y bioquímicos normales. Colonoscopia: tumor polipoides estenosante a nivel de válvula ileocecal. Biopsia de la válvula ileocecal: aumento de eosinófilos. Serología de Anisakis: positiva. Diagnóstico final: oclusión intestinal por ileitis terminal (Anisakis). Caso 2: mujer de 42 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución, localizado en hemiabdomen derecho. Enema opaco: defecto de replección de 6 cm en colon ascendente. Ecografía abdominal: se evidencia líquido subfrénico derecho, subhepático, en fondo de saco de Douglas y engrosamiento de pared de colon ascendente. TAC abdominal: engrosamiento de 1/3 superior de colon ascendente en ángulo hepático, hipodenso, con crecimiento mamelonado intraluminal y estenosante con adenopatías mesentéricas. Analítica: marcada eosinofilia (7,1%), resto de parámetros normales. Se realiza intervención quirúrgica (hemicolectomía derecha por laparoscopia). Anatomía Patológica: úlcera de colon perforada, cubierta por epiplón con gran infiltración eosinófila sugestiva de infestación por parásitos. Serología a Anisakis positiva a títulos elevados. Caso 3: varón de 39 años esplenectomizado por accidente de tráfico, esteatosis hepática, esofagitis por reflujo, bebedor y fumador que acude a Urgencias por dolor en epigastrio e hipocóndrio derecho de tipo cólico, vómitos, anorexia y pérdida de peso de 1 mes de evolución. Exploración: abdomen doloroso en epigastrio e hipocóndrio derecho con masa epigástrica palpable y dura. TAC abdominal: voluminosa lesión quística en hipocóndrio izquierdo (18 x 16 cm) que se extiende hasta fundus gástrico, cambios inflamatorios perigástricos en antro afectando a región hiliar hepática y cara superior de cuerpo pancreático. Leve dilatación de Wirsung. Múltiples adenopatías abdominales. Se realiza drenaje de la lesión quística extrayéndose 540 cc de material achocolatado. Laparotomía exploradora: no se identifica la lesión quística. Anatomía Patológica de las adenopatías: hiperplasia folicular linfoide. Biopsia de la pared gástrica: moderada cantidad de eosinófilos en submucosa y capa muscular. IgE y serología para anisakis a títulos elevados. Diagnóstico final: pseudoquistes pancreáticos, anisakiasis gástrica con reacción inflamatoria ganglionar abdominal.

Discusión. El Anisakis es un nemátodo de la familia anisakidae, subfamilia anisakinae. Los huéspedes definitivos son mamíferos marinos. Las larvas de Anisakis, producen infecciones accidentales en el ser humano al ingerir pescado de mar crudo o poco cocinado. La Anisakiasis es una infección cada vez más frecuente en los países industrializados, en relación con los cambios en los hábitos alimenticios, principalmente la ingestión de pescados crudos, en salazón, vinagres o poco cocinados. La afectación digestiva o Anisakiasis es la que presentamos.

Conclusiones. Se debe considerar este diagnóstico en Urgencias en cuadros de dolor abdominal agudo o de obstrucción intestinal. Los síntomas suelen aparecer en las primeras 48 horas después de la ingestión de pescado. Este dato es relevante en la historia clínica del paciente.

A-034

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Larrea Arranz², J. Hernández García², M. Escalante Boleas², I. Ruiz del Barrio², E. Antón Aranda², J. Martí Cabane² y J. Ramella Macher¹

¹Medicina Familia, ²Medicina Interna. Hospital de Zumárraga. Zumárraga, Guipúzcoa.

Objetivos. Conocer las características clínicas, etiológicas y evolución de las endocarditis infecciosas (EI) que se han diagnosticado en nuestro hospital (120 camas para una población de 90.000 habitantes).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de revisión de las historias clínicas de los casos de EI diagnosticados en nuestro hospital entre abril de 1994 y abril de 2005.

Resultados. Se diagnosticaron 20 episodios en 17 pacientes. Con una incidencia media de 1,82 casos por año. El 64,7% de los casos eran hombres y el 35,3% mujeres. La edad media de los pacientes fue de 66,65 ± 15,66 (rango: 29-89). Todos los casos fueron extra-hospitalarios. De los 17 casos, 1 correspondía a EI derecha (ADVP) y 16 a EI izquierda. En todos los casos se realizó ecocardiograma y se evidenciaron vegetaciones: válvula aórtica (VAo) (6 casos), válvula

mitral (VMi) (10 casos) y válvula tricuspídea (VTri) (1 caso). De todos estos casos 3 afectaron a válvula protésica (2 VAo y 1 VMi) y el resto a válvula nativa. 15 casos tenían factores predisponentes (válvula esclerocalcificada, prolapso mitral, adenocarcinoma de colon, infección de tracto urinario de repetición, válvula protésica, ADVP, heridas en piel y artritis infecciosa de muñeca) y 2 no los tenían. Los gérmenes causantes fueron: *Staphylococcus aureus* (47,06%), *Streptococcus bovis* (17,65%), *E. coli* (5,89%), *Streptococcus milleri* (5,89%), *Staphylococcus epidermidis* (5,89%), *Streptococcus intermedius* (5,89%), *Streptococcus dysgalactiae* (5,89%) y *Streptococcus viridans* (5,89%). Las formas de presentación clínica más frecuentes fueron: fiebre aislada y malestar general en el 76,5%. Las complicaciones que aparecieron fueron: insuficiencia cardíaca (9 casos), ACVA (3 casos), espondilodiscitis (1 caso), insuficiencia renal crónica (3 casos), necrosis tubular aguda por uso de aminoglucósidos (2 casos), abscesos venosos (1 caso) y shock séptico (3 casos). El 35,29% de los pacientes precisaron intervención quirúrgica. La mortalidad total conocida fue del 23,53% (5 casos fueron derivados a hospitales terciarios y se perdió su evolución).

Conclusiones. En nuestra serie la EI se presentó mayoritariamente sobre una válvula nativa con cambios degenerativos y en pacientes con algún factor predisponente. El germen causante más frecuente fue el *Staphylococcus aureus*. La forma de presentación más frecuente fue el síndrome febril y la mayoría de los casos presentaron complicaciones.

A-035 PRONÓSTICO DE LA SEPSIS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Montero Aparicio, M. Iriarte Ibararán, P. Arriola Martínez, P. Martínez Odriozola, A. Gutiérrez Macías, E. Lizarralde Palacios, A. Moreno Rodrigo y F. Miguel de la Villa

Medicina Interna. Basurto. Bilbao, Vizcaya.

Objetivos. Estudiar los factores pronósticos de la sepsis en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de alta de sepsis en el Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario, durante el año 2004. Se han utilizado las definiciones de sepsis, sepsis grave y shock séptico establecidas en la Conferencia de Consenso de la *Society of Critical Care Medicine* y el *American College of Chest Physicians* (Crit Care Med 1992; 20: 864-74). En todos los casos se han recogido edad, sexo, comorbilidad previa (índice de Charlson), estado funcional, temperatura, presión arterial media (PAM), presencia de complicaciones (insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria aguda, shock séptico,...), foco clínico, existencia de bacteriemia y supervivencia al alta. Para evaluar los factores asociados a la mortalidad se ha realizado en primer lugar un análisis bivariable. La comparación entre variables cualitativas se ha realizado con la prueba de la Chi-cuadrado y el test exacto de Fischer. Para realizar comparaciones entre medias de las variables cuantitativas se ha utilizado la *t* de Student. Todos los contrastes fueron de dos colas y se ha considerado como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Las variables significativas en el análisis bivariable se han introducido en un modelo de regresión logística múltiple de exclusión escalonada paso a paso, utilizando la mortalidad como variable dependiente.

Resultados. Durante el período de estudio se ha observado 234 casos de sepsis. Ciento veinticinco pacientes (53,4%) eran mujeres y la media de edad fue de 77,7 años con una desviación estándar de 14,2 años. El foco más frecuente de la sepsis fue el urinario con 111 casos (47,4%). Se observó la existencia de bacteriemia en 123 episodios (52,6%) y el aislamiento más frecuente en los hemocultivos fue *E. coli*. En 101 casos (43,2%) se alcanzó el diagnóstico de sepsis grave y en un 17,5% (41 episodios) el de shock séptico. La mortalidad al alta fue del 15,4%. Las variables asociadas a la mortalidad en el análisis bivariable fueron la edad, la puntuación en el índice de Charlson, el estado funcional dependiente previo, la existencia de un foco clínico diferente del urinario, la PAM, la existencia de bacteriemia, insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria aguda, sepsis grave y shock séptico. En el análisis multivariable mantuvieron la significación estadística la presencia de shock séptico (OR

8,8) e insuficiencia renal aguda (OR 3,7) y el estado funcional dependiente previo (OR 13,3).

Discusión. Nuestros resultados, en cuanto a las características epidemiológicas y clínicas de la sepsis en Medicina Interna, no difieren de lo publicado anteriormente, en relación a la edad avanzada de nuestros pacientes, la existencia de comorbilidad previa, la frecuencia del foco urinario y la mortalidad. La importancia pronóstica del shock séptico y de la insuficiencia renal ha sido señalada en estudios previos; sin embargo, el papel del estado funcional, que en nuestro trabajo es un factor independiente de mortalidad, ha sido menos estudiado. Llama la atención la ausencia de significación estadística en el análisis multivariable de la edad y la comorbilidad medida con el índice de Charlson.

Conclusiones. 1) La mortalidad de la sepsis en nuestro estudio fue del 15,4%. 2) Las variables asociadas de forma independiente a la mortalidad fueron el shock séptico, la insuficiencia renal aguda y el estado funcional dependiente. 3) La edad y la comorbilidad previa no alcanzaron significación estadística en el análisis multivariable.

A-036 EVOLUCIÓN DEL TIPO DE LINFOMAS EN VIH 1992-2005

J. Navarro Calzada¹, M. Esquillor Rodrigo², J. Cuesta Muñoz¹, I. Sanjoaquin Conde¹, S. Letona Carbajo¹, M. Crusells Canales¹, J. Morales Rull² y J. Amiguet García¹
¹Infecciosos. ²Medicina Interna. HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos. Se pretende objetivar la variación en el patrón epidemiológico de los linfomas. En los pacientes con infección VIH a un aumento del tipo Hodgkin que no es considerado en la actualidad como criterio diagnóstico de SIDA.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de infecciosos en el período 1992-2005 recogiendo todos aquellos casos de pacientes con infección VIH que presentaron linfomas de cualquier tipo histológico para evaluar las variaciones en el patrón observadas en el tiempo.

Resultados. Se observa una tendencia al aumento de la incidencia de los linfomas de Hodgkin en los pacientes con infección VIH respecto a los linfomas no hodgkin que eran los preponderantes en los años precedentes.

Discusión. El aumento de la incidencia del linfoma de Hodgkin en la población VIH positiva es de 8-11 veces superior a la de la población no inmunodeprimida, aunque eso no ha sido suficiente para incluirlo como criterio diagnóstico de SIDA. La tendencia observada en la variación del tipo histológico en nuestros pacientes, con un aumento de casos de Hodgkin respecto a no Hodgkin, parece apoyar la tendencia generalizada de este hecho en otras muestras europeas.

Conclusiones. Nuestros resultados nos inducen a concluir que la situación del linfoma de Hodgkin dentro de los procesos tumorales definitorios de SIDA debería cambiar y ser incluido en la nueva actualización.

A-037 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES COLONIZADOS/INFECTADOS POR *STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA* EN MUESTRAS RESPIRATORIAS

E. Sánchez Martín¹, J. Fernández Peláez¹, M. Cabezas Fernández², A. Lozano Serrano¹, E. Milla Álvarez¹ y J. Salas Coronas¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Hospital de Poniente. El Ejido, Almería.

Objetivos. La *Stenotrophomonas maltophilia* (SM) es un bacilo gram negativo aerobio, capaz de sobrevivir en el medio ambiente libremente. Es capaz de colonizar e infectar a pacientes hospitalizados, afectando sobre todo a los más inmunodeprimidos y debilitados, emergiendo en los últimos años como un patógeno nosocomial que puede producir un amplio espectro de síndromes clínicos. Nosotros hemos estudiado y analizado las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna durante el 2004 donde se aisló la SM en los cultivos de muestras respiratorias.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna durante el 2004 en los cuales

S. maltophilia fue aislada en muestras respiratorias. Se recogieron los siguientes datos: sexo y edad, antecedentes y enfermedades previas, teniendo en cuenta su severidad según criterios de McCabe (grave, moderada o leve), toma de fármacos inmunosupresores (incluyendo corticoides) o toma previa de antibióticos, existencia de ingresos previos en los tres meses anteriores o en la unidad de cuidados intensivos (UCI), el tiempo de ingreso hasta que se aisló la *S. maltophilia*, el tiempo de ingreso total y la evolución final del paciente. También se analizó la sensibilidad y resistencias del antibiograma de la *S. maltophilia* aislada.

Resultados. Durante los doce meses que comprende el estudio, *S. maltophilia* se aisló de muestras respiratorias de 32 pacientes hospitalizados en nuestro servicio. Fueron 23 hombres y 9 mujeres con una media de edad de 70,5 años (rango, 31-89). Entre las patologías previas de los pacientes destacan: la más frecuente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 23 (71,8%) de los cuales 10 (43%) precisaban oxigenoterapia domiciliaria, HTA en 15 (46,8%), cardiopatía isquémica-vascular en 14 (43,7%), DM en 7 (21,8%), enfermedades neoplásicas en 6 (18,7%) y deterioro neurológico tipo demencia en 5 (15,6%). De esta forma la enfermedad de base fue considerada grave en 10 (31,3%), moderada en 15 (46,8%) y leve en 7 (21,8%). Respecto a la toma previa de fármacos, 14 (43,7%) recibieron corticoides y 21 (65,5%) antibióticos, siendo los más usados el imipenem y tobramicina en 12 (37,5%). La mayoría de los pacientes 21 (65,5%) habían tenido al menos un ingreso en los 3 meses anteriores, teniendo un perfil de pacientes con múltiples ingresos. Precisaron ingresar en la UCI 9 (28,1%). Respecto a las muestras respiratorias recogidas y analizadas, 23 fueron esputos, 3 aspirados bronquiales y 1 cepillado telescópico. El aislamiento se produjo en 12 casos (37,5%) en las primeras dos semanas de ingreso y en 20 (62,5%) más allá de las dos semanas, siendo la media de hospitalización antes de aislarlo de 14,9 días (rango, 2-44). La susceptibilidad antimicrobiana de *S. maltophilia* demuestra que el antibiótico más activo in vitro fue el trimetoprim-sulfametoxazol (92% susceptibilidad), seguido por la ceftacidima y ciprofloxacino (60%). Con respecto a las resistencias, el 88% de las muestras testadas era resistente a imipenem, 64% a gentamicina y 52% a tobramicina. Finalmente, con respecto a la estancia hospitalaria y evolución de los pacientes, estuvieron ingresados una media de 26,9 días (rango, 4-60), siendo dados de alta domiciliaria en las primeras 2 semanas solamente 7 (21,8%). Un total de 14 (43,7%) fallecieron durante el ingreso.

Conclusiones. La *S. maltophilia* es un germen emergente que debe ser tenido en cuenta sobre todo como patógeno nosocomial en infecciones respiratorias. Afecta sobre todo a pacientes donde se reúnen unas condiciones de inmunosupresión de base, como la enfermedad crónica respiratoria, la toma previa de antibióticos o corticoides, los ingresos reiterados en poco tiempo, la estancia en UCI o la hospitalización prolongada. El antibiótico más activo in vitro fue el trimetoprim-sulfametoxazol, mientras que la resistencia más frecuente es hacia imipenem, que es precisamente uno de los antibióticos más usados con anterioridad al aislamiento de germen. Aunque es muy difícil diferenciar si se trata de casos de colonización o infección, la gravedad de los pacientes y la elevada mortalidad asociada obligaría a plantear un tratamiento que cubra a *S. maltophilia* en muchos casos.

A-038

DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS ABDOMINAL: EXPERIENCIA DE 14 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Ruano Camps, A. Ferré, C. Fernández Rodríguez, M. Oltra Sempere, F. Martínez García, M. Galindo Puerto y J. Redón i Mas

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. La tuberculosis es una enfermedad ubicua, con una incidencia relativamente alta en nuestro medio y que generalmente se presenta en la forma pulmonar o pleural. En la década de los 90 experimentó un repunte, en relación con la epidemia de SIDA con el aumento de localizaciones extrapulmonares, especialmente las formas abdominales. En el último año y en nuestro servicio hemos llegado a este diagnóstico en un número inusualmente alto de pacientes, la mayoría de ellos VIH negativos. El objetivo es analizar las

características clínicas y factores predisponentes de la tuberculosis abdominal.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas de nuestro hospital en las que hubiera un diagnóstico microbiológico o anatomopatológico de tuberculosis a partir de muestra abdominal (heces, líquido ascítico, biopsia hepática, de ganglio abdominal o de tubo digestivo) en el período de 1992 hasta 2005.

Resultados. Catorce casos cumplían los criterios de selección. Los diagnósticos fueron de afectación peritoneal (4 casos), afectación ganglionar (5), afectación de intestino delgado (4), hepatoesplénica (6), pancreática (1), urinaria (1). De ellos solo 3 presentaron alteraciones en la radiografía de tórax. El Mantoux fue negativo en 12 pacientes. Podemos diferenciar dos grupos en el tiempo. Por una parte encontramos 6 enfermos diagnosticados en el primer período (1992-1995). 4 de ellos resultaron positivos para HIV. En un segundo período (2002-2005) encontramos 8 casos, de entre los que sólo dos pacientes resultaron HIV positivo. En este segundo grupo, 4 de los enfermos eran inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo. Cabe mencionar que en 4 de los 6 pacientes con serología HIV positiva éste era un dato desconocido, y por tanto la infección tuberculosa fue la primera infección oportunista.

Discusión. La tuberculosis abdominal representa una forma de presentación poco frecuente en nuestro medio, y por este mismo motivo no es difícil que se retrase el diagnóstico, con las consecuencias que conlleva en cuanto a morbilidad y mortalidad. En la serie revisada se distinguen claramente dos periodos diferenciados: El primero al inicio de los 90, coincidiendo con la epidemia de SIDA; El segundo, más reciente y en el que la mayoría de enfermos son HIV negativos y proceden de países con índices de tuberculosis mucho más altos que el de nuestro medio.

Conclusiones. Estamos asistiendo a un nuevo repunte en los índices de tuberculosis extrapulmonar en nuestro medio, y en este caso no podemos establecer una clara relación con la infección por HIV. En un porcentaje nada despreciable (50% de casos en nuestra serie) se trata de pacientes procedentes de otros países, en los que las tasas de esta enfermedad son muy superiores a las nuestras.

A-039

UTILIDAD DEL TEST DE RESISTENCIA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DIARIA EN PACIENTES VIH

M. Alonso Socas¹, R. Alemán Valls¹, J. Gómez Sirvent¹, C. Hernández Calzadilla², F. Bacallado Díaz¹, A. Fonseca Negrín¹, A. López Lirola¹ y F. Santolaria Fernández¹

¹Medicina Interna, ²Laboratorio Central. Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. 1) Describir las mutaciones genotípicas y fenotípicas tras la instauración de tratamiento antirretroviral (TAR) de alta eficacia en pacientes con infección VIH de nuestra unidad. 2) Medir la diferencia de coste entre el TAR instaurado tras hacer el test con el TAR planeado empíricamente antes de tener los resultados del test.

Material y métodos. Se estudiaron 76 pacientes con infección VIH a los que se les realizó test de resistencias genotípico (True-Gene) en nuestro centro, entre noviembre de 2001 y noviembre de 2003. A partir de septiembre del 2002 también se les realizó fenotipo virtual a todos los pacientes con True-Gene. Antes de recibir el resultado del test de resistencia se planeaba una terapia de alta eficacia de rescate, según la experiencia clínica y la historia previa de TAR de cada paciente. De acuerdo con los resultados de la prueba True-gene, se decidía, por criterio consensuado, si modificar o no el tratamiento previo y se evaluaba si existía diferencias entre la combinación planeada y la consensuada tras realizar el test de resistencia.

Resultados. Se realizó test de resistencia al 12,1% de los pacientes atendidos en nuestra unidad en el período de estudio, todos ellos por fracaso virológico, con una media de CD4 de 473 ± 344 células/ml y una carga viral media de 52.131 ± 97.306 copias/ml. El 61% se encontraban en estadio A o B y el 71% habían adquirido la infección por contactos sexuales de riesgo. El tiempo medio de tratamiento antirretroviral previo al test fue 56 ± 30 meses (rango: 0-154), el 45% habían recibido HAART (terapia de alta eficacia) como primer esquema de tratamiento. 73 pacientes (96%) presentaron alguna mutación de resistencia, la media global de mutaciones por test fue 6,1 (rango: 0-15). No encontramos diferencias en el número de mutaciones entre los que tuvieron HAART como primer es-

quema de tratamiento y los que tuvieron otro esquema de tratamiento. Un 88,2% tenían mutaciones de resistencia a NRTI, un 46% a NNRTI y un 84% a IP. Observamos una relación directa entre la duración del tratamiento antirretroviral y el número de mutaciones globales ($r = 0,43$; $p < 0,001$). El número de mutaciones a IP fue mayor entre los que no usaron HAART como primer esquema de tratamiento (92,0% vs 73,5%) $p = 0,03$. El 46% (35 pacientes) tenían mutaciones asociadas a multiresistencia de análogos de nucleósidos (NAMs), dentro de ellas no encontramos las mutaciones T215Y/F, K219Q/E. Los pacientes que tenían NAMs llevaban más tiempo de tratamiento que los que no tenían NAMs ($p = 0,015$). El 67% presentaban la mutación M184V, de los que el 96% habían recibido lamivudina, pero un 3,9% no habían recibido lamivudina nunca. El 49% de los que tenían la mutación M184V tenían NAMs. A 32 pacientes se les realizó fenotipo virtual; en un 18,4% existían resultados discordantes entre los test fenotípicos y genotípicos, más frecuentemente con los NRTI. Al realizar el test de resistencia se decidió no pautar tratamiento (vacaciones terapéuticas) en 11 pacientes. No encontramos diferencias en el precio medio ni en el número medio de familias entre las combinaciones planeadas previo al test y las instauradas tras el test de resistencias.

Conclusiones. 1) La población estudiada corresponde a pacientes con infección por VIH asintomática o poco sintomática y con largo tiempo de tratamiento (con una media mayor de 4 años y hasta 12 años de tratamiento) a los que se les realizó test de resistencia por fracaso virológico. La mayoría mostraba mutaciones de resistencia, con una media de 6,1 mutaciones por paciente. 2) Encontramos una relación directa entre el número de mutaciones y la duración del tratamiento antirretroviral. 3) El test de resistencia es útil en la práctica clínica para elegir la combinación de tratamiento más eficaz pero, en nuestra experiencia, no nos permite disminuir los gastos o el número de familias utilizadas, cuando lo comparamos con el tratamiento planeado (sin realizar test de resistencia). Este estudio ha sido parcialmente financiado por la «Red temática Cooperativa de Investigación en SIDA (Rsd de Grupos 173) del FIS».

A-040

LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI

R. Franco Vicario¹, J. Llamazares Medrano², S. Rubio Cabello³, L. Cubas Largacha⁴ y F. Miguel de la Villa¹

¹Medicina Interna, ²Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina. UPV/EHU. Basurto. Bilbao, Vizcaya. ³Hematología. Santa María. Lisboa. ⁴Centro de Cálculo. Universidad de Deusto. Bilbao, Vizcaya.

Objetivos. Determinar los parámetros epidemiológicos, clínicos, evolutivos y asistenciales de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en nuestro Hospital.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de todo caso diagnosticado de tuberculosis por el complejo mycobacterium tuberculosis en el Hospital de Basurto (Bilbao) durante la década 1993 a 2002. Este estudio es continuación de la línea de investigación iniciada en 1967. Los ítems a recoger fueron: Incidencia anual, edad, sexo, estado SIDA, factores de riesgo para el VIH, oriundez, condición laboral y servicio que atendió al paciente.

Resultados. Se detectaron 847 casos repartidos de manera descendente a lo largo de la década. El porcentaje de varones fue el 64,7% y el de mujeres el 35,3%. La edad tuvo una mediana de 37 años con un rango que osciló desde los 0 a los 93 años. El 43% padecieron SIDA y entre éstos, el 70,6% fueron varones. Los factores de riesgo recogidos para el SIDA fueron adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) un 93%, relaciones heterosexuales (5,8%), relaciones homosexuales (0,4%), ADVP y relaciones homosexuales (0,4%) y transfusiones (0,4%). La distribución de los casos en Bilbao clasificados según el código postal del domicilio de los pacientes, estado de SIDA, procedencia del extranjero o condición de parado, reflejó que la máxima incidencia en todos estos aspectos se registraron en los distritos 48003, 48004, 48007 y 48002 con 141, 132, 81 y 60 casos respectivamente. Los principales Servicios que atendieron a los enfermos tuberculosos fueron el Servicio de Enfermedades Infecciosas con 370 pacientes, Respiratorio con 206 casos, Medicina Interna con 127, Reumatología 24 y Pediatría 15.

Discusión. Si bien la incidencia de tuberculosis en la década del estudio anterior fue ascendente hasta el año 1991, en nuestro estudio encontramos que se continúa la tendencia descendente que se inició en 1991. Si bien el aumento de la década anterior se debió a la asociación de pacientes inmunodeprimidos por SIDA, el descenso en el período del actual estudio fue causado por una disminución también del número de casos de SIDA asociados. Sin embargo, en cuanto a la distribución de los enfermos en Bilbao, encontramos un aumento de la incidencia en la ciudad con respecto a la década anterior. Los casos actuales se agrupan en la periferia de la ciudad, coincidiendo con zonas deprimidas socioeconómicamente.

Conclusiones. La tendencia de los casos tuberculosos sin coinfección apunta hacia un lento pero persistente descenso. Si agrupamos las características medias de todos los casos recogidos, definiríamos al paciente tipo como a un varón con serología VIH negativa, una edad de 37 años y una afección tuberculosa de localización extrapulmonar. La lucha contra esta enfermedad deberá ser enfocada hacia los «nichos ecológicos» donde el bacilo se anida, como reflejamos en el plano de la Villa bilbaína. El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad junto a la profilaxis de la infección sin demoras son piezas clave que dependen directamente de los servicios sanitarios. Sin embargo, nos encontramos frente a un bacilo que se aprovecha de los más débiles, los inmunodeprimidos, drogodependientes, alcohólicos, zonas deprimidas económica y socialmente que podemos delimitar en un plano para que se concentren en él las medidas de control pertinentes. Estamos frente a una bacteria que se enclaustra en una caverna, que infecta a la tercera parte de la humanidad y espera. La tuberculosis desaparecerá en la medida que la sociedad prospere. Con la colaboración de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País y la Fundación Jesús de Gangoiti Barrera.

A-041

PERICARDITIS TUBERCULOSA: UN ESTUDIO DE DOS DÉCADAS

A. Salinas¹, M. De Górgolas¹, J. Fortés², E. Alonso¹ y M. Fernández Guerrero¹

¹Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas, ²Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Objetivos. La pericarditis tuberculosa es una rara manifestación de la enfermedad tuberculosa. En el presente estudio realizamos una revisión de los casos de pericarditis secundaria a tuberculosis ocurridos en nuestro hospital centrándonos en: clínica de presentación, procedimientos diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 10 pacientes ingresados en nuestra institución en un periodo de 18 años. A partir de ello elaboramos una base de datos que incluía variables clínicas, epidemiológicas, procedimientos diagnósticos realizados, terapia utilizada y eventos o complicaciones durante la evolución.

Resultados. Se registraron un total de 10 casos, 8 varones y 2 mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de 48,4 años. El 20% de los pacientes eran VIH positivos. En el momento del diagnóstico el 90% de los enfermos presentaba derrame pericárdico, teniendo datos de taponamiento el 20%. En el 50% de los pacientes la evolución fue a pericarditis constrictiva, precisando pericardiectomía por este hecho. La demora desde el ingreso del paciente hasta su diagnóstico final fue de 24,7 días. Hasta en un 50% de los casos fue el estudio anatomopatológico el que ofreció la causa del proceso. El 100% de los enfermos recibió terapia tuberculostática y 4 de ellos necesitaron pericardiectomía como parte del tratamiento. El 60% obtuvo curación completa de su enfermedad y la supervivencia fue del 80% tras una media de seguimiento de 21,5 meses.

Discusión. La pericarditis tuberculosa es una entidad infrecuente en nuestro medio. Ante la sospecha diagnóstica, la toma de tejido pericárdico completo se muestra como el mejor procedimiento para alcanzar un diagnóstico definitivo e inequívoco de enfermedad pericárdica tuberculosa.

Conclusiones. El pronóstico de la enfermedad pericárdica tuberculosa con medicación adecuada es excelente, alcanzándose la curación en la mayoría de los casos.

A-042**MENINGOENCEFALITIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO
J. Pérez Silvestre¹, A. Navarré Gutiérrez², A. Jimeno García¹, M. Gomis Mascarell¹, J. Pons Amate², F. Pedro de Lelis¹, E. Ortega González³ y A. Herrera Ballester¹**¹Medicina Interna, ²Neurología, ³Medicina Interna.

Unidad de Infecciosas. General de Valencia. Valencia.

Objetivos. Descripción, análisis y comparación con literatura previa de los casos de meningitis y meningoencefalitis linfocitarias de una serie hospitalaria.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de 95 casos de meningitis y meningoencefalitis ingresados en el Servicio de Medicina Interna (Unidad Infecciosas) y de Neurología de nuestro hospital entre enero de 2000 y diciembre de 2004. Se recogieron los datos demográficos, de perfil clínico, exploraciones complementarias realizadas, diagnóstico etiológico, tratamiento y evolución. La herramienta estadística utilizada fue SPSS v10.0.

Resultados. Se registraron 95 casos, de los que 45 fueron meningitis y 50 encefalitis. La frecuencia de presentación fue mayor en el sexo masculino (58,9%) y la media de edad fue de 43,57 ± 20,47 (media ± SD). La estancia media fue de 14,83 días (rango 2-51). En los casos de meningitis, la clínica de presentación más frecuente fue cefalea y vómitos (97,8%), fiebre (91,1%) y alteración del nivel de conciencia (17,1%). El líquido cefalorraquídeo (LCR) fue patológico en el 97,8%. La etiología por orden de frecuencia fue virus herpes simple (VHS) (8,9%), tuberculosis (6,7%) y enterovirus (6,7%). Un 13,3% fueron VIH+. La evolución fue favorable en el 86,7%; el 8,9% fueron exitus. En los casos de encefalitis, la clínica de presentación más frecuente fue fiebre (80%), alteración del nivel de conciencia (66%), focalidad neurológica (48%), cefalea y vómitos (48%), alteración del comportamiento (40%) y crisis comiciales (32%). El LCR fue patológico en el 84% de los casos. La etiología más frecuente fue VHS (30%), tuberculosis (10%) y virus varicela zoster (8%). El 22% de los pacientes fueron VIH+. La evolución fue favorable en el 58%; el 18% fueron éxitus.

Conclusiones. La frecuencia de encefalitis en nuestro medio es superior a la de estudios previos y a la de la literatura revisada. La meningitis linfocitaria tiene un buen pronóstico, mientras que la encefalitis se asocia a un mayor número de secuelas y de mortalidad. La inmunodepresión es un factor de mal pronóstico en la evolución de la encefalitis. El retraso en el inicio del tratamiento desde el diagnóstico se relaciona con una peor evolución en la encefalitis. Se recomienda protocolo diagnóstico consensuado con PCR herpes virus, IRM cerebral y EEG ante sospecha de encefalitis. Se recomienda tratamiento empírico precoz con aciclovir intravenoso (10 mg/kg/8 horas), entre 14 y 21 días.

A-043**EVALUACIÓN DE LOS AISLAMIENTOS DE CANDIDA SP. EN MUESTRAS OBTENIDAS POR PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA (PAAF) EN EL PERÍODO POSTMORTEM INMEDIATO (PPI) Y EN LA AUTÓPSIA CLÍNICA (AC)****R. Pujol¹, M. Aranda², C. Martí³, M. Bernet⁴ y F. Gudiol⁵**¹Medicina Interna, ⁵Enfermedades Infecciosas. Bellvitge.¹Hospitalet, Barcelona. ²Medicina Interna. Terrassa, Barcelona.³Microbiología. ⁴Anatomía Patológica. Granollers, Barcelona.

Objetivos. Evaluar los aislamientos de *Candida* spp en muestras obtenidas tras el fallecimiento.

Material y métodos. Se incluyeron, de forma prospectiva, 94 pacientes fallecidos en el Hospital General de Granollers desde abril 1991 hasta abril 1994. Se incluyeron los pacientes > 14 años, en los que se indicó la realización de AC, no se movilizó el cadáver y las punciones del PPI se realizaron en las primeras 3 horas tras el fallecimiento. Se obtenían muestras de hígado y bazo (bajo control ecográfico), hemocultivo por punción cardiaca y lóbulo inferior del pulmón derecho. También de muestras donde se sospechase infección. Las muestras se cultivaron de forma inmediata (cultivos para bacterias, micobacterias y hongos). Durante la AC se obtenían muestras de las mismas localizaciones para cultivo. Se registraron los tiempos desde el éxitus hasta la toma de las muestras. Posteriormente se analizó cada caso (datos clínicos, autópsicos y microbiológicos)

constituyeron el gold-standard) decidiéndose si existía o no infección. Se analizaron específicamente los aislamientos de *Candida* spp. Análisis estadístico: la comparación de las variables cualitativas entre los grupos se realizó mediante el test de la chi cuadrado. La comparación de las variables cuantitativas se realizó mediante la *t* de Student o el análisis de la varianza.

Resultados. Se aislaron 403 microorganismos: 147 fueron valorados como responsables de infección, 33 como contaminantes y 223 como colonizantes. De los 403 aislamientos, 45 fueron de *Candida* sp. (25 correspondieron a *Candida albicans* y 20 a *Candida* sp.). Fue el microorganismo, valorado como colonizante, que se aisló con mayor frecuencia. Estos 45 aislamientos correspondieron a 29 pacientes (20 hombres y 9 mujeres). La edad media fue de 67 años. Dieciseis estaban recibiendo antibióticos en las 72 h previas al éxitus. 18 de los 29 pacientes tenían una enfermedad de base potencialmente inmunosupresora. Sólo en 4 pacientes se valoró como responsable de infección (datos clínicos y anatomopatológicos). En 25 pacientes la PAAF se realizó en las primeras 2 h tras el fallecimiento y en 17 la autopsia se realizó 12 h después del éxitus. Cuando se analizaron los factores relacionados con infección por *Candida* spp. ni la edad, ni la toma de antibióticos, ni el intervalo hasta la obtención de las muestras o las enfermedades de base fueron estadísticamente significativas.

Discusión. Las infecciones por *Candida* sp. han aumentado en los últimos años. Uno de los principales problemas que se plantean es el de diferenciar infección de colonización. Es frecuente el aislamiento de *Candida* tras el fallecimiento, atribuyéndose patogenicidad en un escaso porcentaje de los mismos. A pesar de no existir diferencias significativas (probablemente en relación a una muestra pequeña) en 18 de los 29 pacientes existía una enfermedad de base potencialmente inmunosupresora. Es probable que en estos pacientes el nivel de colonización sea mayor y éste nivel pueda ser un factor de riesgo para desarrollar infección por *Candida* sp.

Conclusiones. *Candida* sp. se aisló en 29 pacientes considerándose patógeno en sólo 4. Fue el microorganismo, valorado como colonizante, que se aisló con mayor frecuencia, tanto en el PPI como en la AC. En nuestro trabajo, las enfermedades de base habitualmente relacionadas con infecciones fúngicas y la toma de antibióticos no fueron factores relacionados con el aislamiento de *Candida* sp.

A-044**MENINGITIS BACTERIANAS EN L'ALT EMPORDÀ
P. Arribas Arribas¹, E. Antolín Barrios², J. Martínez Raga² y M. Roa Pérez²**¹Medicina Interna, ²Urgencias. Figueras, Girona.

Objetivos. Conocer el agente etiológico, datos epidemiológicos, clínicos y enfoque terapéutico inicial de los casos de meningitis diagnosticados en el hospital comarcal de Figueras durante los últimos 6 años, mediante un estudio descriptivo retrospectivo del período de 1 de enero de 1999 a 31 de diciembre de 2004.

Material y métodos. Fuentes de información: base de datos del laboratorio de microbiología y análisis clínicos, historias clínicas y registro de altas hospitalarias. Metodología: se revisaron todas las muestras de líquido cefalorraquídeo procesadas durante el período estudiado y se seleccionan las que mostraban algún parámetro básico alterado; se incluyen todas las muestras con aislamientos microbiológicos. Se consultaron las historias clínicas correspondientes y se excluyeron los casos de otras enfermedades neurológicas, sistémicas o cuyo diagnóstico al alta no fue de meningitis infecciosa. En una nueva revisión se excluyeron los casos de meningitis linfocitaria, viral o fúngica.

Resultados. De los 44 casos totales con diagnóstico de meningitis bacteriana, se obtuvo diagnóstico microbiológico en 32 (72,7%), los 12 restantes se consideraron meningitis bacterianas decapitadas por tratamiento antibiótico previo. En cuanto a distribución por sexo, 25 casos correspondieron a mujeres (56,8%) y 19 a hombres. Las bacterias aisladas fueron: *Streptococcus pneumoniae* en 16 casos (36,3%), *Neisseria meningitidis* en 5 casos (11,3%), *Listeria monocytogenes* en 3 (6,8%), *Streptococcus agalactiae* en 2 (4,5%) y *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Mycobacterium tuberculosis* y un bacilo gram negativo

no filiado en un caso cada uno respectivamente (2,2%). Por grupos etarios, los casos se concentraron en las edades extremas de la vida (menores de 5 años y mayores de 50 años). En particular, *S. pneumoniae* predominó en menores de 5 años (4 casos, 2 de ellos en menores de 1 año) y en mayores de 75 años (6 casos), *N. meningitidis* tuvo similar distribución (2 casos en menores de 5 años y 2 en mayores de 75), *L. monocytogenes* apareció sobretudo en la segunda mitad de la vida (2 de los casos eran mayores de 50 años y el otro de 40), los 2 casos con *S. agalactiae* fueron niños menores de un mes. En general la mayoría se asoció a comorbilidad o situaciones debilitantes o inmunosupresoras del paciente. La distribución a lo largo de los meses del año, mostró un incremento de casos en los meses de septiembre hasta abril, sobretudo con *S. pneumoniae* y *N. meningitidis*. El tratamiento antibiótico empírico pautado en urgencias fue cefalosporina de 3ª generación como único antibiótico en 16 casos (36%), cefalosporina de 3ª generación asociada a vancomicina en 8 ocasiones (18%), cefalosporina de 3ª generación asociada a ampicilina en otros 8 casos (18%) y asociación de estos tres antibióticos tan solo en tres casos (6,8%). En 7 casos se usaron otras pautas distintas y en dos no se pautó antibiótico inicialmente. En cuanto a la evolución clínica, 6 pacientes fallecieron durante el ingreso (13%), 12 (26%) precisaron traslado a unidad de cuidados intensivos de hospital referencia y 26 fueron dados de alta a domicilio tras ingreso, de los cuales dos presentaron secuelas neurológicas. **Discusión.** Las meningitis bacterianas son poco frecuentes en números absolutos, sin embargo, tienen alta tasa de morbimortalidad. Es conocida la importancia del rápido inicio del tratamiento antibiótico, así como la elección adecuada del mismo; existen además gran cantidad de protocolos, recomendaciones o guías clínicas muy útiles para ello, sin embargo, la monoterapia con cefalosporinas parece bastante común. Posiblemente el tratamiento inicial, antes del diagnóstico microbiológico, sea mejorable. **Conclusiones.** Los agentes etiológicos más comunes aislados en las meningitis bacterianas de nuestra comarca son *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *L. monocytogenes* y *S. agalactiae*, sin diferencias significativas con lo descrito en ámbitos similares. *S. pneumoniae* es, con mucho, el más frecuente, asociándose a pacientes en edades extremas de la vida, con comorbilidad o situaciones inmunosupresoras y en los meses fríos del año. Las meningitis bacterianas siguen presentando importante tasa de morbimortalidad. Parece que hay todavía gran variabilidad a la hora de prescribir el tratamiento empírico inicial, siendo muy frecuente el uso de cefalosporinas como antibiótico único.

A-046

IMPACTO DE LA IONIZACIÓN COBRE-PLATA SOBRE LA LEGIONELOSIS AMBIENTAL Y NOSOCOMIAL

J. Módol Deltell¹, M. Sabrià Leal², P. Tudela Hita¹, N. Sopena Galindo², L. Pedro Botet Montoya², S. Balo Araujo³, M. Gayol Fernández³ y C. Rey Joly³

¹Unitat Curta Estada. ²Unidad Enfermedades Infecciosas.

³Servicio de Medicina Interna. H. Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Desde el año 1983 nuestro centro ha presentado una situación endémica de legionelosis. Las técnicas de hipercloración e hipercalentamiento no han sido efectivas en la erradicación de este microorganismo de las aguas o en el descenso de casos de legionelosis adquirida en el hospital (LAH). En septiembre de 1999 se implantó un sistema de ionización del agua caliente sanitaria (ACS) y en mayo del 2003 se incrementó la dosificación del mismo. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de la ionización cobre-plata (ICP) en la colonización ambiental por *Legionella* spp. y en la LAH.

Material y métodos. Periodos: período A: 1/1/1998-30/9/1999, métodos de desinfección (MD): hipercalentamiento e hipercloración; período B: 1/10/1999-31/5/2003. MD: ICP 0,1-0,2 ppm Cu; período C: 1/6/2003-31/12/2004 MD: ICP 0,3-0,4 ppm Cu. Estudios ambientales: durante el estudio se recogieron 407 muestras de agua de puntos distales del ACS y se sembraron en agar MWY-BCYE-a. Sistema de vigilancia de LAH: vigilancia activa de todas las neumonías nosocomiales a través de los registros de radiología. A todas ellas se les practicó: cultivo de esputo (cuando fue posible), an-

tígeno *Legionella* en orina, serología para *Legionella*. Medición de iones: de forma mensual mediante espectrofotometría de absorción atómica, y de forma diaria de iones cobre mediante kit administrado por el fabricante.

Resultados. Período A (3 estudios ambientales): 51/89 (57,3%) muestras positivas para *Legionella* sp. Media de UFC/L: 11.972. Casos de LAH: 81. Período B (21 estudios ambientales): 48/230 (20,9%) muestras positivas. Media de UFC/L: 978. Casos de LAH: 20 (9 esporádicos y 11 agrupados en 2 pequeños brotes coincidiendo con niveles de iones cercanos a 0). Período C (3 estudios ambientales): 14/88 (15,9%) de muestras positivas. Media de UFC/L: 42.982. Casos de LAH: 0.

Conclusiones. La ionización cobre-plata disminuyó la colonización de las aguas por *Legionella* y redujo el número de casos de LAH. La aparición de casos en el período B se relacionó con una disminución de los niveles de los iones debido a problemas técnicos. Incrementando la dosificación de los mismos se evitó la aparición de nuevos casos de LAH.

A-047

FACTORES DE RIESGO PARA EL AISLAMIENTO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA (PA) EN ESPUTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON EXACERBACIÓN DE EPOC

C. García Vidal¹, V. Romani Costa¹, P. Almagro Mena¹, H. Monzón Camps¹, L. Canales Aliaga², M. Miranda³, E. Cuchí⁴ y J. Garau Alemany¹

¹Medicina Interna, ²Radiología, ³Neumología, ⁴Microbiología. Mutua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. El crecimiento de PA en el esputo durante la exacerbación de la EPOC se ha relacionado con un mayor deterioro funcional respiratorio en los pacientes ambulatorios, aunque los estudios realizados en pacientes hospitalizados muestran resultados contradictorios. Por otra parte se desconoce la relación entre la existencia de bronquiectasias y la colonización por PA. Nuestro objetivo es analizar los factores de riesgo para el aislamiento de PA en esputo en pacientes hospitalizados con exacerbación de EPOC.

Material y métodos. Se estudiaron prospectivamente todos los pacientes que ingresaron en nuestro centro por exacerbación de su EPOC durante un año. Al ingreso se recogió un cultivo de esputo y al mes del alta se realizó una espirometría basal con prueba broncodilatadora. Los pacientes fueron aleatorizados en una proporción de 2:1 para realizar una TAC torácica de alta resolución y valorar la presencia de bronquiectasias. Para la cuantificación de éstas se utilizó una escala validada expresada en porcentaje. El estudio estadístico se realizó mediante el test de ANOVA o la U de Mann-Whitney y con el test de χ^2 para los datos cualitativos.

Resultados. Se incluyeron 188 pacientes (178 hombres), con una media de 72 años (DE 11). El 75% eran exfumadores mientras que el 23% eran fumadores activos. Según la clasificación GOLD, 65 (34,6%) pacientes presentaban una EPOC moderada, 95 (50,5%) severa y 26 (13,8%) muy severa. Un total de 96 (52%) pacientes habían estado hospitalizados en el año previo y 32 (17%) en el mes anterior. 116 (62%) habían recibido antibioticoterapia en los tres meses previos. De los 63 pacientes en los cuales se realizó TAC, 31 (49,2%) presentaban bronquiectasias en al menos un segmento pulmonar. La media de puntuación en la escala de extensión de las bronquiectasias fue de 10,6% (SD 15). Se recogió un esputo válido en 119 pacientes, aislándose PA en 27 casos (23%), *H. Influenzae* en 11 (9,3%), *S. pneumoniae* en 11 (9,3%), *Enterobacteriaceae* en 2 (1,7%) y flora saprofita en 63 (54%). Los pacientes con cultivo positivo presentaron un FEV1 menor que el resto ($p < 0,009$). La presencia de PA en el esputo se relacionó con menores valores del FEV1 ($p < 0,04$) y con el número de paquetes/año ($p < 0,02$).

Conclusiones. 1) La prevalencia de PA en el esputo en pacientes hospitalizados por EPOC en nuestro centro es mayor que la descrita previamente en la literatura. 2) La historia de tabaquismo y la severidad de la obstrucción son los dos factores de riesgo detectados. 3) No se ha podido demostrar relación entre la presencia de bronquiectasias y el aislamiento de PA al ingreso hospitalario.

A-048**ESTUDIO SOBRE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE VALLADOLID**
M. Hinojosa Mena Bernal¹, J. Hinojosa Mena Bernal², E. González Sarmiento¹, S. Martín Santos³ y A. Almaraz¹

¹Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.
²Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. ³Centro de Salud N^o S^a de Fátima. Área de Salud 11. Madrid.

Objetivos. Estudiar las características generales de los pacientes atendidos en el Hospital Clínico de Valladolid durante un año con el diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Material y métodos. Estudio retrospectivo y transversal que analiza todos los pacientes con diagnóstico de NAC atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, tanto los hospitalizados como los que se dieron de alta desde el Servicio de Urgencias, durante un año. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes mayores de 18 años con el diagnóstico de NAC. Se excluyeron aquellos pacientes diagnosticados de SIDA, así como aquellos diagnosticados de neumonía nosocomial y de tuberculosis pulmonar. La búsqueda y seguimiento de los pacientes ingresados por NAC se hizo a través de la base de datos del hospital codificados mediante el sistema de clasificación CIE-9-MC en las fichas de alta con los códigos 507-611, bien en el diagnóstico principal o secundario. En el caso de los pacientes atendidos en urgencias y derivados a su domicilio la búsqueda se realizó en base al diagnóstico del informe de alta. El seguimiento se realizó por teléfono mediante entrevista con el paciente o sus familiares. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó el sistema de puntuación definido en la Regla de Clasificación Pronóstica de Fine (Pneumonia Severity Index). Estudio estadístico: para el análisis de los datos la aplicación Microsoft Access y el paquete estadístico SPSS. Se aplicó el test *t* para la comparación de medias y el test ji-cuadrado para la comparación de proporciones. Se consideró 0,05 como nivel de significación.

Resultados. Se analizaron un total de 784 de neumonías de las cuales 455 correspondían a NAC. La incidencia de la NAC atendida es de 0,37% y de la nosocomial del 0,13%. La distribución de la NAC según los meses del año tiene una incidencia especialmente elevada en el mes de enero. En 25 casos se realizó una observación inicial de 24 horas en urgencias, de los cuales 23 (92%) acabaron ingresando definitivamente en planta. La distribución de estos pacientes por Fine se aprecia que el 48% pertenecían a clase IV y V. La aplicación de la Regla de Clasificación Pronóstica de Fine permitió distribuir a los pacientes en clase I 42 (9,2%), clase II 67 (14,7%), clase III 85 (18,7%), clase IV 136 (29,9%) y clase V 125 (27,5%). En la distribución por especialidad de ingreso destaca Medicina Interna con un 65,1%. La mortalidad global fue del 15,4%, 57 (12,5%) por causa de la NAC. El diagnóstico microbiológico definitivo se obtuvo en el 14,2%.

Discusión. Al igual que ocurre en otros estudios como el PNEUMOCOM la incidencia de la NAC es mayor en varones que en mujeres. Respecto al porcentaje de ingresos existe una gran variedad de unos hospitales a otros, siendo en nuestra población de un 83,3% en comparación con el estudio de Bartolomé et al, que es del 59,8% diferencias que pueden explicarse por las diferencias de la población. El porcentaje de diagnósticos etiológicos realizados fue de un 14,2% frente al 17% de Coma et al, y un 57,8% de González Moraleja et al.

Conclusiones. Es fundamental la utilización de Guías Clínicas validadas para realizar una asistencia clínica consensuada, no sólo en cuanto a la indicación de ingreso hospitalario, sino también en cuanto a procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados.

A-049**COMORBILIDAD Y OTROS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS INGRESOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

E. González Sarmiento¹, J. Hinojosa Mena Bernal², M. Hinojosa Mena Bernal¹, S. Martín Santos³ y A. Almaraz¹

¹Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

²Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

³Centro de Salud N^o S^a de Fátima. Área de Salud 11. Madrid.

Objetivos. Estudiar la comorbilidad, así como otros factores de riesgo y parámetros de gravedad de los pacientes ingresados en el Hos-

pital Clínico de Valladolid durante un año con el diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Material y métodos. Estudio retrospectivo y transversal que analiza todos los pacientes con diagnóstico de NAC hospitalizados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, durante el año 2002. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes mayores de 18 años con el diagnóstico de NAC. Se excluyeron aquellos pacientes diagnosticados de SIDA, así como aquellos diagnosticados de neumonía nosocomial y de tuberculosis pulmonar. La búsqueda y seguimiento de los pacientes por NAC se hizo a través de la base de datos del hospital codificados mediante el sistema de clasificación CIE-9-MC en las fichas de alta con los códigos 507-611, bien en el diagnóstico principal o secundario. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó el sistema de puntuación definido en la Regla de Clasificación Pronóstica de Fine (Pneumonia Severity Index). Estudio estadístico: para el análisis de los datos la aplicación Microsoft Access y el paquete estadístico SPSS. Se aplicó el test *t* para la comparación de medias y el test ji-cuadrado para la comparación de proporciones. Se consideró 0,05 como nivel de significación.

Resultados. Se analizaron un total de 784 de neumonías de las cuales 455 correspondían a NAC. Trescientos setenta y nueve (83,3%) fueron ingresados. La comorbilidad asociada fue: EPOC 148 (32,5%), DM 82 (18%), tabaquismo 80 (17,6%), etc. Con relación a los parámetros de gravedad se objetivaron: pO₂ < 60 mmHg 253 (55,6%), urea > 50 mg/dl 155 (34%), frecuencia respiratoria > 30 rpm en 123 (27%) entre otros. El patrón radiológico de las NAC encontramos: infiltrado lobar 77 (16,9%), multilobar 28 (6,2%), bilateral 35 (7,7%) e intersticial 10 (2,2%). A medida que se incrementan las clases de Fine aumentan en nuestros pacientes las enfermedades asociadas. Se realizó un análisis exhaustivo de la distribución de patologías asociadas por grupos de edad de nuestros pacientes siendo la EPOC la patología más prevalente en los tres grupos de edad (9,2%, 34% y 37%, en menores de 50 años, 50-75 y más de 75 respectivamente).

Discusión. Resulta difícil comparar los factores de comorbilidad asociados, de unas series a otras, debido a la variabilidad de las poblaciones estudiadas. En nuestros pacientes, es la EPOC (32,5%) la comorbilidad más prevalente (bastante alejada de las cifras del PNEUMOCOM con un 16%), mientras que la hipoxemia (55,6%) es el factor de riesgo más importante a la hora de justificar el ingreso por sí solo en las NAC en Valladolid. A diferencia de nuestra serie, Arnold et al, encuentra un 18% de ingresos justificados por la problemática social y un 14% por incapacidad de realizar un tratamiento oral. Al igual que en nuestra serie, donde la distribución de patrones radiológicos de peor pronóstico no siempre van íntimamente ligados a las clases de riesgo más elevadas González-Moraleja justifica el ingreso de Fine I-III en un 17% de sus pacientes por derrame pleural.

Conclusiones. La comorbilidad asociada y determinados factores de riesgo deben ser evaluados a la hora de decidir el ingreso hospitalario de la NAC, no sólo por la frecuencia de su asociación sino por ser factores predisponentes de una menor respuesta al tratamiento.

A-050**FIEBRE SIN FOCO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. ¿MERECE LA PENA LA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS?**

M. Torralba González de Suso, E. Martín Echevarría, A. Pereira Juliá, Y. Meije, M. de Vicente, I. Domínguez, M. Morales y M. Rodríguez Zapata

Medicina Interna. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. La fiebre sin foco es un diagnóstico frecuente en los servicios de urgencias. La bacteriemia es una complicación seria de infecciones focales o sistémicas y su identificación no es sólo esencial para el diagnóstico sino además por los condicionantes terapéuticos y pronósticos. Nuestro objetivo fue analizar la rentabilidad así como la identificación de variables epidemiológicas, clínicas o biológicas que predijesen la aparición de bacteriemia en pacientes con fiebre sin foco que acuden a un servicio de Urgencias.

Material y métodos. Estudio prospectivo de casos y controles. Se extrajeron un total de 116 hemocultivos en sujetos mayores de 9 años con fiebre sin foco durante 12 meses para analizar la incidencia de bacteriemias diagnosticadas en urgencias. Para comparar las

variables predictoras de bacteriemia se realizó un estudio de casos y controles. Se compararon 7 pacientes con bacteriemias frente a 109 controles (sin bacteriemia). La razón casos/controles fue de 1:15. Se solicitó a los clínicos que indicaban los hemocultivos una probabilidad pre-test de bacteriemia (baja, intermedia o alta).

Resultados. Hallamos bacteriemia en un 6% de los pacientes. Un 8,6% estaban contaminados. De nuestra población global un dos por ciento de los pacientes eran VIH+, 14% neutropénicos, 12% padecían enfermedad neurológica, 24,6% padecían enfermedad onco-hematológica, 4% eran portadores de marcapasos, válvulas protésicas o implantes protésicos en articulaciones, 3% eran portadores de sonda vesical, 12% padecían EPOC y 10% eran diabéticos. Un 39% sufrieron escalofríos periextracción y un 46% estaban postrados. El 23% habían tomado antibióticos antes del hemocultivo. Un 17,2% de los pacientes fueron dados de alta tras la extracción del hemocultivo. La probabilidad pretest de bacteriemia en los clínicos que indicaron el hemocultivo fue de baja: 35%, intermedia: 37% y alta en 28%. Los clínicos predican mal los pacientes que más tarde padecían bacteriemia ($p = 0,687$). La bacteriemia se asoció con los siguientes factores: neutropenia (OR:11, IC95%: 2,1-57; $p = 0,001$), enfermedad oncohematológica (OR 23, IC95%: 4-133; $p = 0,0001$), la edad (64 años en pacientes con bacteriemia y 50 años sin ella en promedio; $p = 0,017$) y una tendencia en el sondaje vesical (OR: 7,6 IC95%: 0,6-96).

Discusión. La extracción de hemocultivos en los servicios de urgencia es una técnica invasiva, y que consume tiempo, fundamentalmente de enfermería. La necesidad de los hemocultivos en pacientes con fiebre sin foco es poco rentable en este estudio. La mayoría de las bacteriemias se dieron en neutropénicos, enfermos oncohematológicos y de mayor edad. En general existen pocas variables clínicas como la temperatura, los escalofríos, la postración en cama o biológicas como el fibrinógeno, la PCR, la leucocitosis o la neutrofilia que permitan señalar el subgrupo de pacientes que se beneficiará de una extracción de hemocultivos.

Conclusiones. La rentabilidad de la extracción de hemocultivos en el servicio de urgencias de pacientes con fiebre sin foco es baja (6%). Los clínicos predicen mal qué pacientes presentarán bacteriemia. Una mayor edad, la neutropenia, y la enfermedad oncohematológica son subgrupos en los que la bacteriemia es más frecuente.

A-051

NIVELES DE INMUNOGLOBULINAS EN PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL

E. Vendrell¹, J. Mirall², M. Rodrigo³, J. De Gracia⁴, M. Serra Prat⁵, E. Palomera⁵, J. Fernández Fernández¹ y X. Balanzó²

¹Medicina Interna, ²Unitat de Cures Intensives, ³Unitat de Recerca. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ⁴Departament de Bioquímica, ⁵Pneumologia. Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Describir y comparar los niveles de inmunoglobulinas (Ig) en enfermos afectados de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y en personas sanas de la misma población. Determinar su implicación en la etiología y morbilidad de NAC.

Material y métodos. Se estudiaron 171 casos de NAC diagnosticados en los Servicios de Urgencias hospitalarios y en las Áreas Básicas de Salud del área poblacional del Maresme. El diagnóstico de NAC se obtuvo por criterios clínicos y confirmación radiológica. Por cada caso se seleccionó un control apareado por edad, sexo y lugar de residencia, de los cuales sólo 90 aceptaron la toma de muestra sanguínea. Todos los individuos fueron evaluados mediante un cuestionario (epidemiología y antecedentes) y una determinación inicial de IgA, IgM, IgG total y subclases de IgG. En los casos de NAC se recogieron también datos de morbilidad, y en 110 de ellos se realizó un control de niveles de Ig a los 30 días. Los valores de Ig obtenidos se relacionaron con los factores potenciales de riesgo (cuestionario), con el factor etiológico (microbiología) y con la morbilidad (hospitalización/UCI/fallecimiento).

Resultados. Los casos de NAC mostraron niveles de Ig (tabla 1) menores que los controles ($p < 0,001$). Los valores de referencia (VR) se escogieron según el nivel más bajo observado en los contro-

les sanos. Los 92 casos que requirieron hospitalización tenían niveles medios de IgGtotal inferiores a los no hospitalizados (8,39 y 8,90; $p = 0,033$; respectivamente). La etiología no neumocócica presentó niveles de IgG2 (227,61 mg/dl) significativamente menores que la neumocócica (340,50 mg/dl). Los niveles inmunológicos a los 30 días persistieron inferiores al VR en 27 de los 53 casos que inicialmente los tenían disminuidos.

Discusión. Los resultados de nuestro estudio coinciden con los hallazgos publicados previamente en que el déficit de Ig y de subclases de IgG se ha relacionado con NAC. En cambio los valores disminuidos de IgG clásicamente se han asociado a los gérmenes capsulados. Por otro lado varios ensayos clínicos han demostrado que administrar Ig mejora la supervivencia de algunos pacientes. Los resultados obtenidos en nuestra serie demuestran que el déficit de Ig tiene una repercusión clínica a tener en cuenta en el diagnóstico y pronóstico de NAC. Este déficit puede ser un buen indicador para orientar un tratamiento empírico más eficaz. Es preciso diseñar estudios prospectivos para determinar mejor la utilidad terapéutica de las Ig, y analizar otros factores predictores del déficit inmunológico para plantear una estrategia terapéutica precoz.

Conclusiones. 1) La NAC se asocia a valores de Ig disminuidos. 2) Nuestros pacientes con NAC no pneumocócica y los que requieren hospitalización presentan niveles de Ig inferiores a los niveles de pacientes con NAC neumocócica y de los que no requieren ingreso. 3) En una cuarta parte de los casos observamos la persistencia de niveles bajos en la fase de convalecencia. 4) Haber detectado valores de Ig disminuidos en pacientes con NAC puede ser útil para la toma de decisiones terapéuticas.

Concentraciones medias de Ig (mg/dl) en la determinación basal.

| | IgG 1 | IgG 2 | IgG 3 | IgG 4 | IgG total | IgA | IgM |
|-----------|---------|---------|-------|-------|-----------|---------|-----|
| Casos | 521 | 240 | 44,5 | 31 | 820 | 200 | 110 |
| Controles | 651 | 328,5 | 52,5 | 38 | 1.120 | 245 | 100 |
| p | < 0,001 | < 0,001 | 0,05 | 0,3 | < 0,001 | < 0,001 | 0,2 |

A-052

LA MANO TUBERCULOSA

B. Gimena Reyes, J. Larranaga Fernández, J. Sousa Otero, N. Pazos Otero y A. Argibay Filgueira

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Llamar la atención sobre la existencia en nuestro medio de tuberculosis de la mano, aportando una rica iconografía (fotografía macroscópica, radiografía, RM y anatomía patológica [A-P]) para que los clínicos tengan en cuenta esta posibilidad ante el diagnóstico diferencial de una lesión indurada refractaria a la antibioterapia convencional.

Material y métodos. Mujer de 77 años que ingresa por lesión indurada abscesificada en la mano derecha. La paciente precisó ingreso 3 meses antes en el Servicio (S) de Neumología por hemoptisis, detectándose entonces por 1ª vez una lesión de características inflamatorias en la mano. Se le practicó una TC torácica y broncoscopia concluyéndose la presencia de lesión endobronquial (la A-P informó tejido inflamatorio inespecífico BAAR y Löwestein negativo) que se decidió vigilar en régimen ambulatorio. Asimismo fue valorada por el S. de Traumatología realizándose una RM de la mano que mostró artritis de la articulación metacarpo-falángica de 4º dedo con tenosinovitis de los flexores e inflamación de tejidos blandos asociadas. Se procedió a desbridamiento y tratamiento (tto.) con levofloxacino con mejoría. Tras el alta la lesión de la mano recurrió practicándose drenaje y tto. con amoxicilina-clavulánico con mejoría de nuevo. En las semanas siguientes la paciente notó nueva abscesificación estando por lo demás asintomática, motivo por el que ingresó en nuestro S. Se realizó limpieza quirúrgica de la lesión y envío de muestras a A-P que informó la presencia de granulomas caseificantes con BAAR y PCR para *Mycobacterium tuberculosis* positivos. Asimismo se enviaron muestras a microbiología para BAAR y Löwestein siendo ambos positivos. Durante el ingreso, detectamos la presencia de ade-

nopatía cervical izquierda de 0,5 cm de diámetro realizándose PA-
AF que mostró granulomas con necrosis central y BAAR. Dos me-
ses después de instaurar tratamiento con rifampicina, isoniazida y
pirazinamida la evolución esta siendo excelente.

Resultados. La causa exacta de la tuberculosis (TB) de la mano de
nuestro caso permanece incierta, asumimos que el absceso se desa-
rrolló por diseminación hematogena de uno de los focos detectados,
pues ésta es la forma habitual de diseminación en la afectación oste-
otendinosa por mycobacterium tuberculosis. Con frecuencia no
existe afectación pulmonar concomitante, pero nuestra paciente te-
nia una linfadenitis cervical por tuberculosis y una lesión endobron-
quial de tejido inflamatorio que a pesar de no mostrar BAAR ni cre-
cimiento en Löwestein, de forma retrospectiva pensamos que era
de origen tuberculoso. Nos ha llamado la atención en nuestra pa-
ciente la coexistencia de tres formas de presentación actualmente
raras de tuberculosis como son la tuberculosis de la mano de partes
blandas, la linfadenitis cervical y la forma endobronquial de tubercu-
losis.

Conclusiones. La TB debe ser considerada en el diagnóstico dife-
rencial de una lesión inflamatoria de la mano de curso tórpido con
pobre respuesta a la antibioterapia convencional. La TB de la mano
tiene su origen en la diseminación hematogena de otro foco tubercu-
loso activo. La TB de la mano coexiste en nuestro caso con linfa-
denitis cervical y con TB endobronquial, tres formas raras actuales
de presentación.

A-053

PREVALENCIA DE COINFECCIÓN POR VIH Y VHC EN EL ÁREA DE SALUD DE LEÓN: 1992-2000

V. Martín¹, J. López Caleya², L. Martín Rodrigo³,
I. De la Iglesia Fanjul², T. Bajo Franco² y R. Riera
Hortelano²

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, ²Medicina
Interna, ³Área de Atención Primaria. Hospital de León.
Universidad de León. León.

Objetivos. Aproximación a la prevalencia de coinfección por VIH y
VHC en el área de Salud de León en el periodo 1992-2000.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pa-
cientes con infección VIH atendidos por el Servicio de Medicina In-
terna del Hospital de León entre el 1-1-1992 hasta el 31-12-2000.
Se seleccionaron los pacientes con dos años de residencia en el
Área. Se recogieron datos sociodemográficos y prácticas de riesgo.
Para el cálculo de la prevalencia se utilizó el Padrón Municipal de
Habitantes de 1 de mayo de 1996.

Resultados. El total de pacientes infectados por VIH que cumplían
los criterios de admisión fueron 296. El 74,3% eran varones y la
edad media de 34,2 ± 10,3 años. El 54% eran o habían sido Usua-
rios de Drogas Intravenosas (UDI's), el 31,2% habían contraído la
infección por relaciones heterosexuales, el 10,8% homosexuales y
el 4% a través de hemoderivados. Del total de pacientes estudiados,
168 estaban coinfectados con VHC. La prevalencia poblacional es-
timada para el Área fue de 53,2 casos por 100.000 habitantes
(82,7 en hombres y 25,7 en mujeres). Los grupos de mayor preva-
lencia fueron los varones de 25 a 34 y de 35 a 44 años. La epide-
miología de la coinfección viene fundamentalmente explicada por el
uso de drogas intravenosas.

Discusión. La prevalencia de nuestra serie varía respecto de otros
estudios realizados en España debido a la diferente prevalencia entre
los diversos grupos de riesgo; siendo muy elevada en los de riesgo
parenteral y mucho menor en los de riesgo sexual. La eficacia de la
transmisión parenteral de ambos virus hace posible que entre los
UDI's la prevalencia de coinfección sea, en España, en casi todos
los casos cercana o superior al 90% y en los receptores de hemode-
rivados en torno al 85%. La menor eficacia de transmisión sexual
del VHC explica también la menor frecuencia de coinfección en los
grupos de riesgo hetero y homo/bisexuales.

Conclusiones. La prevalencia de la coinfección VIH-VHC en el
área de León es inferior a la estimada para España debido a la
menor incidencia de la infección VIH y al menor porcentaje de
UDI's. A pesar de ello supone un importante problema de salud
pública al que se deben dedicar recursos en prevención y trata-
miento.

A-054

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON HE- MOCULTIVOS POSITIVOS RECOGIDOS EN URGENCIAS Y DATOS DE ALTA A DOMICILIO

C. Cortés Lletget¹, M. Villegas Urbano¹, J. Valencia
Molina¹, P. Castellanos Llauger¹ y C. Alonso Tarrés²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Análisis
Clínicos-Microbiología. Hospital General de L'Hospitalet.
L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Estudiar los hemocultivos positivos en pacientes dados
de alta desde el área de urgencias de un hospital de adultos. Cono-
cer sus características clínicas y epidemiológicas, evolución y trata-
miento que recibieron y los gérmenes aislados. Registrar permanen-
cias en el área de observación de urgencias, controles posteriores y
destino al alta. Valorar si el alta condicionó alguna consecuencia
médica evitable con el ingreso.

Material y métodos. Se cuantificaron los pacientes con bacteriemia
a partir de hemocultivos realizados en urgencias y dados de alta des-
de dicha área (enero-junio 2005). Se recogieron edad, sexo, diag-
nóstico, tratamiento antibiótico prescrito, permanencia en el área
de observación, controles posteriores, destino al alta y pruebas
complementarias realizadas. La evolución clínica se valoró mediante
entrevista telefónica y/o revisión de la historia clínica. Se comprobó
el antibiograma de los gérmenes aislados para valorar si el trata-
miento empírico fue el adecuado.

Resultados. De un total de 51 pacientes con hemocultivos positivos
asociados a patología infecciosa, fueron dados de alta a domicilio
desde urgencias 9 (18%). La mediana de edad fue de 58 años (18-
82). Hombres 6. Las patologías relacionadas con la bacteriemia fue-
ron: 4 pielonefritis agudas por *Escherichia coli*, 3 prostatitis agudas
por *E. coli*, 1 linfangitis por *Streptococcus agalactiae*, 1 neumonía
por *Streptococcus pneumoniae*. En 8 se prescribió un tratamiento
empírico adecuado. Permanecieron 3 pacientes entre 12 y 24 ho-
ras en el área de observación y se citaron 7 a control posterior en
24-72 horas. Todos los pacientes fueron remitidos a consultas am-
bulatorias para control de curación. Se realizó ecografía renal en 2
de los 7 pacientes diagnosticados de infección de vías urinarias.
Buena evolución clínica en 8 pacientes. Un paciente requirió ingre-
so en 48 horas, siendo éxitus, atribuible al evento estudiado.

Discusión. La patología dada de alta con más frecuencia fue la pie-
lonefritis aguda seguida de la prostatitis aguda. La mediana de edad
(58) fue inferior a la de las bacteriemias totales registradas del área
de urgencias (69,9). Predominio de hombres. El tratamiento empíri-
co instaurado fue correcto en todos salvo en uno, que en el control
a las 48 horas presentaba una evolución correcta. Hubo un éxitus
que podría relacionarse con la ausencia de ingreso.

Conclusiones. 1) Un 18% de los pacientes con clínica infecciosa y
sospecha de bacteriemia no fueron ingresados. 2) Alto porcentaje
de patología urinaria y, consecuentemente, de *E. coli* como patógeno
más frecuente. 3) Tratamientos empíricos correctamente instaura-
dos en la mayoría de los casos. 4) Estrecho seguimiento de los pa-
cientes en las primeras 24-72 horas. 5) Escaso número de ecográfi-
as en relación a las posibles complicaciones teóricas de la patología
urinaria bacteriémica detectables por dicha técnica. 6) Todos los pa-
cientes evolucionaron favorablemente excepto uno que falleció por
sepsis de origen urinario. Se trataba de una paciente con comorbili-
dad elevada.

A-055

TRATAMIENTO DE LA SEPSIS SEVERA CON DROTRECO- GINA ALFA (ACTIVADA) (XIGRIS)

M. Pérez de Lis N¹, R. Pérez Álvarez¹, M. Pereira L.²,
S. Freita², I. Sanluis F.¹, C. Carballo² y E. Campelo³

¹Servicio de Medicina Interna, ²UCI, ³Farmacia. H. Meixoeiro.
Vigo, Pontevedra.

Objetivos. La sepsis grave sigue siendo un problema importante de
salud, con un número de muertes similar al de la enfermedad isqué-
mica cardíaca (30%). El impacto que tiene sobre la expectativa de
vida de la población ha hecho que se busquen nuevos tratamientos
y guías clínicas para mejorar la expectativa de vida. En el año 2004
se desarrolla la campaña «Sobrevivir a la Sepsis» en las que se pro-
tocolizan las medidas de tratamiento con el objetivo de mejorar la

supervivencia. El drotrecogin alfa (activado) aparece incluido como medida de recomendación (grado B) en el tratamiento de pacientes de alto riesgo (APACHE II > 25, fallo multiorgánico o SDRAs inducido por sepsis) y sin contraindicaciones asociadas, reduciendo significativamente la mortalidad a los 28 días en pacientes con sepsis grave.

Material y métodos. Hemos revisado de forma retrospectiva las historias de pacientes ingresados en la UCI y REA que cumplieren los criterios de sepsis severa requeridos para la indicación de tratamiento con drotrecogin alfa desde el año 2003.

Resultados. En este tiempo, trece pacientes con sepsis severa fueron tratados con Proteína C activada. La edad media fue de 67 años. En 2 de ellos hubo que suspender el tratamiento por presentar efectos adversos (hemorragias) y otros 5 pacientes fueron éxitos.

Conclusiones. La sepsis severa y el shock séptico se deben a la respuesta del organismo a una infección masiva. Entre los mecanismos que causan fallo multiorgánico destaca la CID, secundaria al descenso de una sustancia clave en la inflamación: la proteína C activada. Aunque en los últimos años no se ha demostrado una clara reducción de la mortalidad de la sepsis, el Drotrecogin alfa es el único fármaco que ha demostrado una mejora la supervivencia en pacientes adultos con sepsis y fallo multiorgánico cuando se añade a los cuidados estándares (antiinfecciosos, fluidoterapia, vasopresores, ventilación mecánica). Drotrecogin alfa aumenta el riesgo de sangrado, siendo su efecto adverso más frecuente la hemorragia, provocando la suspensión de la administración del fármaco antes de completar la totalidad del tratamiento de 96 horas. Debido al curso fulminante que presenta la sepsis, una vez que se ha identificado que el paciente se encuentra en alto riesgo de muerte, el tratamiento con PCArh se debe comenzar tan pronto como sea posible.

A-056

TRATAMIENTO CON LINEZOLID DE VENTRICULITIS SECUNDARIAS A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO: REVISIÓN DE SIETE CASOS

B. Maure Noia¹, M. Pérez Veloso², A. Argibay Filgueira¹ y M. Rodríguez Fernández²

¹Medicina Interna, ²Medicina Intensiva. Hospital Xeral-Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Las infecciones nosocomiales del sistema nervioso central (SNC) a menudo están causadas por gérmenes Gram positivos, que en muchos casos son multiresistentes. En estos casos, los glucopéptidos están considerados los antibióticos de elección, pero su penetración en el SNC es baja, y sus efectos secundarios son un motivo frecuente de contraindicación del fármaco. El Linezolid, del grupo de las oxazolidinonas, presenta una excelente penetración a nivel de SNC y es activo frente a prácticamente todos los gérmenes Gram positivos, incluyendo los multiresistentes, como el *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente y el *Enterococcus* vancomicina-resistente. El objetivo del presente estudio fue valorar la eficacia del Linezolid en el tratamiento de ventriculitis producidas por infección de drenaje ventricular externo (DVE).

Material y métodos. Entre los pacientes ingresados en los últimos 42 meses (de enero de 2002 a julio de 2005) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Xeral-Cies de Vigo, se seleccionaron aquellos con ventriculitis por DVE infectado que habían sido tratados con Linezolid. Se revisaron las historias clínicas, recogiendo datos clínicos, analíticos y microbiológicos, así como los tratamientos antibióticos recibidos y la evolución durante el ingreso.

Resultados. Se revisaron las historias de 7 pacientes, 4 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 50,1 años (rango, 22-68). Seis de los pacientes habían sido ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por hemorragias intraventriculares, y uno por hidrocefalia por masa en ángulo pontocerebeloso; todos ellos requirieron colocación de DVE. En tres casos no se identificó ningún germen en el cultivo de LCR, en otros tres creció *Staphylococcus epidermidis* y en uno *Staphylococcus hominis-hominis*. Durante los episodios de ventriculitis todos recibieron tratamiento con Linezolid por vía intravenosa (600 mg cada 12 horas). La duración del tratamiento fue de 17 a 39 días, con una media de 26 días. En ningún caso presentaron reacciones adversas atribuibles al Linezolid. En los 7 pacientes la evolución clínica fue buena, con desaparición de la fiebre entre 36 y 96 horas tras el inicio del tratamiento con Linezolid,

y negativización de cultivos de LCR en todos aquellos casos en los que se había identificado el germen.

Discusión. El Linezolid es una buena opción terapéutica en las infecciones nosocomiales de SNC por los motivos anteriormente mencionados, pero todavía existe poca experiencia. Hasta el momento el número de casos publicados es escaso, existiendo únicamente tres series de entre cinco y diez pacientes. En nuestra serie observamos que en todos los casos revisados la evolución fue buena, con resolución tanto clínica como microbiológica del cuadro infeccioso.

Conclusiones. El Linezolid es una buena opción terapéutica en las ventriculitis secundarias a DVE pero, debido a su alto coste y para prevenir la aparición de cepas resistentes, no debería ser utilizado como fármaco de primera línea, sino solamente en caso de infecciones por gérmenes resistentes con fracaso o contraindicación de la Vancomicina.

A-057

TUBERCULOSIS ABDOMINAL. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 18 CASOS

M. Femenías, G. Sampérez, T. Bosch, N. Ribas, L. Martín, J. Rascón, J. Murillas y J. Forteza Rey

Medicina Interna. Hospital Universitario Son Dureta. Palma, Baleares.

Objetivos. Descripción clínica de 18 pacientes diagnosticados de tuberculosis abdominal (TBC abdominal) durante un período de 14 años en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de una serie de casos diagnosticados de TBC abdominal desde enero 1990 hasta marzo 2005. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, raza, grupos de riesgo, clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Resultados. De los 18 pacientes diagnosticados de TBC abdominal, 12 eran varones y 6 mujeres. La edad media fue de 32,78. Sólo 4 (22,2%) pacientes eran de raza no caucásica. Como grupos de riesgo: Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (7), hepatopatía crónica (10), alcoholismo crónico (6), tratamiento inmunosupresor (1). La clínica más frecuente fue: dolor abdominal (12), diarreas (12), síndrome tóxico (10), fiebre (9), abdomen agudo (4) y signos de malabsorción (2). Sólo 4 pacientes tenían clínica respiratoria. Todos los pacientes tenían una radiografía de tórax, que fue normal en 11, había estigmas de TBC antigua en 3 y había signos de TBC activa en 4. Sólo 9 pacientes tenían hecha la prueba de la tuberculina siendo positiva en 4 (22,2%). La duración de los síntomas fue de 2,25 meses de mediana (rango: 0,5-10 meses). La presentación clínica fue aguda (< 2 semanas) en 2 pacientes, subaguda (2-6 semanas) en 8 pacientes y crónica (> 7 semanas) en 8 pacientes. El diagnóstico se realizó mediante un exudado linfocitario con ADA elevada (4), laparotomía de la masa con toma de biopsia (5), colonoscopia con toma de biopsia (4) y baciloscopia y cultivo de heces positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (5). La localización más frecuente fue: ileal (22,2%), ciego (11,1%), otra localización intestinal (22,2%) y peritoneo (44,4%). Recibieron tratamiento todos los paciente, presentando buena evolución clínica 15 (83,3%) pacientes y 3 fallecieron por causas distintas a la tuberculosis. De los pacientes fallecidos el 100% pertenecía al grupo de VIH.

Discusión. Actualmente estamos asistiendo a la reaparición de la TBC abdominal que desde 1960 se había convertido en una enfermedad muy rara, probablemente debido al VIH y en menor medida a la inmigración y tratamiento inmunosupresor. La TBC abdominal debe considerarse en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal crónico, principalmente en población de riesgo.

Conclusiones. La TBC abdominal afecta generalmente a adultos jóvenes entre la tercera y cuarta década de la vida, siendo en nuestra serie el 66,6% más frecuente en varones. Afecta principalmente a pacientes con algún tipo de inmunodepresión (VIH, hepatopatía, alcoholismo y tratamiento inmunosupresor). La posible razón de retrasar el diagnóstico probablemente sea una clínica inespecífica. La presentación clínica más frecuente es la subaguda-crónica (88,8%). Sólo el 22,2% presentaban síntomas y signos de TBC pulmonar activa. La localización más frecuentes de la TBC abdominal son la TBC intestinal y la peritonitis tuberculosa. Con un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado es una enfermedad curable.

A-058 INFECCIONES RESPIRATORIAS DE REPETICIÓN EN PACIENTE NEUMECTOMIZADO

F. Baquedano Sánchez, A. Gutiérrez Larrainzar, R. Torres Garate, R. Segoviano, R. Cigüenza Gabriel, J. Antolín Arias y C. Lozano Tonkin

Medicina Interna 1. Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. La neumectomía como tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón es una técnica no exenta de complicaciones, algunas de ellas pueden condicionar la aparición de infecciones respiratorias de repetición.

Resultados. Varón de 56 años con neumectomía derecha por carcinoma epidermoide de pulmón hace cinco años con estudio anatómico IIIIB, T4, N2, con tratamiento coadyuvante con radioterapia mediastínica. Ingresa en cuatro ocasiones en un plazo de tres meses por cuadros de infección respiratoria. En la exploración física destaca aumento de circulación colateral en torso, hipoventilación en hemitorax derecho con roncus y sibilancias dispersos y soplo tubarico apical izquierdo, y edemas maleolares bilaterales. En la analítica leucocitosis con neutrofilia y anemia normocítica-normocromica. En diversos cultivos de esputo: *S. aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter wolfii*. En radiografía de torax había derrame pleural izquierdo e imagen redondeada en hemitorax derecho sugerente de cavidad. El paciente presenta varios episodios de broncoespasmo en posible relación con aspiraciones, se realiza gastroscopia y tránsito gastroesofágico confirmando la existencia de una comunicación entre esofago y cavidad pleural. Posteriormente desarrolla edema en cara y miembro superior izquierdo con aumento de presión venosa yugular, se realizó TAC, evidenciándose trombosis de vena cava superior en relación con masa tumoral que afecta cuerpos vertebrales dorsales altos, esófago y traquea. El paciente fallece a los pocos días por hematemesis masiva. La ecopsia confirma la recidiva tumoral.

Discusión. La fistula broncopleural tras neumectomía por cáncer de pulmón es una complicación poco frecuente, con una incidencia del 1,5-4%, suele desarrollarse entre una semana a seis meses después de la cirugía, con una alta morbilidad y mortalidad; viéndose favorecida por diversos factores del paciente, como benignidad de la enfermedad subyacente, volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) preoperatorio bajo, capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) disminuida, neumectomía derecha y el uso de quimioterapia y/o radioterapia coadyuvante. El cierre del muñón bronquial con grapas previene el desarrollo de fistula broncopleural en mayor medida que el cierre mediante sutura normal. Frente al abordaje quirúrgico transternal transpericardico, con sutura manual de la fistula o bien con colocación de un stent, técnicas menos invasivas como la aplicación de tejido adhesivo de albúmina-glutaraldehído o Nd: YAG láser, ambas mediante broncoscopio, ofrecen resultados satisfactorios en cuanto a morbilidad y mortalidad, si bien el laser se debería reservar para aquellas fistulas de pequeño tamaño en las que no haya evidencia de tumor o infección.

A-059 HEMOCULTIVOS RECOGIDOS EN URGENCIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS

M. Villegas Urbano¹, C. Cortés Lletget¹, C. Alonso Tarrés² y M. Martín Baranera³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Análisis Clínicos Microbiología, ³Unidad de Epidemiología. Hospital General de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Estudiar el porcentaje de cultivos positivos y contaminados respecto del total de hemocultivos recogidos en urgencias de un hospital de adultos. Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con hemocultivos positivos. Analizar las patologías asociadas y los gérmenes aislados. Determinar los pacientes con hemocultivo positivo que ingresaron y los que fueron dados de alta desde urgencias.

Material y métodos. Se valoraron clínicamente y de forma individualizada todos los pacientes con hemocultivos positivos realizados en el área de urgencias durante el periodo de enero a junio de 2005. Se determinó si los gérmenes aislados representaron una bacteriemia verdadera o fueron contaminaciones. Se recogieron las

variables de edad y sexo, diagnóstico clínico y gérmenes aislados. Se analizaron los ingresos realizados.

Resultados. Durante el período estudiado se realizaron un total de 429 hemocultivos en urgencias. Se valoraron como contaminaciones 42 (9,7%) y secundarios a patología infecciosa 78 (18,2%). Los 78 hemocultivos con significado clínico pertenecían a 51 pacientes (66,7% hombres), la edad media fue de 69,9 años (18-95). Las infecciones causantes fueron: vías urinarias 23, vía biliar 8, neumonía 8, apendicitis 2, absceso hepático 2, infección de partes blandas 2, bacteriemias primarias 2, endocarditis 2, espondilodiscitis 1, gastroenteritis 1. Se aislaron un total de 59 microorganismos (*Escherichia coli* 25, *Streptococcus pneumoniae* 8, estreptococos grupo viridans 6, otras enterobacterias 4, *Staphylococcus aureus* 3, estafilococo coagulasa negativa 2, *Enterococcus* 3, bacilos gramnegativos anaerobios 3, *Salmonella enterica* 1, *S. agalactiae* 1, *Listeria monocytogenes* 1, *Aeromonas* 1, *Candida albicans* 1). De los 51 pacientes con hemocultivos positivos, 9 (18%) fueron dados de alta al domicilio desde urgencias. Fallecieron 2 pacientes (4%).

Discusión. El porcentaje de hemocultivos contaminados en Urgencias fue muy superior a los estándares deseables, posiblemente explicable por la gran presión asistencial en dicha área. Sin embargo, el hemocultivo diagnosticó un gran número de bacteriemias (51), posiblemente debido a que se realizaron antes del tratamiento antibiótico (más difícil de cumplir en el paciente ingresado). Las frecuencias de las infecciones diagnosticadas y los gérmenes obtenidos fueron las esperables.

Conclusiones. 1) El porcentaje de hemocultivos positivos con significado clínico en urgencias fue de 18,2% y el de contaminaciones de 9,7%, este último muy superior al deseable (< 3%). 2) Mayoría de sexo masculino. Media de edad de 69,9 años. 3) Claro predominio de las infecciones urinarias como foco primario. Múltiples patologías diferentes como causa del resto de las bacteriemias. 4) *E. coli* es el germen más frecuentemente aislado como cabía esperar dado que la infección más frecuente fue la de origen urinario. 5) A pesar de que el número de pacientes que no ingresaron es reducido, habría que valorar las consecuencias del alta, dada la posible morbilidad asociada a las bacteriemias.

A-060 UTILIZACIÓN DEL ERTAPENEM EN UN HOSPITAL GENERAL

R. Puertas Barrena, O. Liñán Díaz, B. Donaire Corchero, M. González Anglada, A. Espinosa Jimeno, H. Martín Álvarez, A. Vegas Serrano y G. García de Casasola
Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. El Ertapenem es un antibiótico de nueva generación de la familia de los Carbapenems introducido recientemente en el mercado con un amplio espectro frente a microorganismos gram positivos aerobios y gram negativos resistentes a cefalosporinas de 3ª generación por la producción de betalactamasas de espectro ampliado. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la prescripción de Ertapenem en un hospital terciario, su indicación, eficacia y efectos adversos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en la Fundación Hospital Alcorcón desde la introducción del fármaco en el hospital el 1-1-04 hasta junio 05. Se recoge de la base de datos de farmacia los pacientes a los que se ha prescrito Ertapenem en este periodo, y se revisa en la historia clínica informatizada y el aislamiento microbiológico. El análisis estadístico se realiza con SPSS: las variables categóricas se comparan con χ^2 y Fisher, cuantitativas con *t* test y ANOVA, finalmente se realiza regresión logística multivariante.

Resultados. Sesenta y tres pacientes recibieron Ertapenem, su edad media fue 75 años y 52% eran varones. Presentaron importante comorbilidad: demencia (37%), ACVA (18%), Diabetes Mellitus (22%), neoplasia 22%, insuficiencia renal (10%), crisis comiciales (8%), hepatopatía (6%). La localización de la infección fue: genitourinaria (57%), partes blandas (21%), postquirúrgica (21%), respiratoria (19%), abdominal (11%). Los aislamientos bacterianos fueron: *E. coli* productor de BLEA (70%), *Klebsiella* BLEA (11%), *Enterococo* (8%), *Providencia* (8%), *Proteus* (5%), *Enterobacter* (3%), *Morganella* (3%), *Citrobacter* (3%) y *Pseudomona* (3%). En un 30% la infección fue polimicrobiana y sólo en un 2% no hubo aislamiento.

Habían recibido antibiótico previo el 71%: 33% Amoxicilina-clavulánico, 13% Ceftriaxona, 19% otros betalactámicos, 9% Levofloxacino, 16% Ciprofloxacino. La media de la duración del tratamiento fue 8 días. En un 19% de los casos apareció toxicidad: 8% de toxicidad neurológica, 6% hepática, 2% gastrointestinal, 2% cardiovascular, 2% hematológica. El 6% precisó cambio de antibiótico por aparición de efectos secundarios y un 3% por ineficacia. La estancia media fue de 22 días, encontrando diferencias estadísticamente significativas según la localización de la infección: la mayor 50 días en la postquirúrgica, la menor 15 días en la genitourinaria, 19 días partes blandas, 20 respiratoria y abdominal 26 días. El 18% de los pacientes fallecieron. En el análisis multivariante no se ha encontrado asociación significativa entre la comorbilidad, localización de la infección o la aparición de efectos adversos y la mortalidad y estancia hospitalaria.

Conclusiones. En nuestro centro el Ertapenem se ha utilizado en infecciones por microorganismos resistentes en pacientes de riesgo con buenos resultados en cuanto a eficacia y seguridad.

A-061

NEUMONÍA NEUMOCÓCICA: CARACTERÍSTICAS Y GESTIÓN CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

F. Cuadra García-Tenorio, J. Troya García, I. Martín Pérez y C. Vélez Pérez

Unidad de Corta Estancia (Medicina Interna). Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos. La neumonía neumocócica, definida como infección del parénquima pulmonar por *Streptococcus pneumoniae*, está agrupada en los GRDs 89, 90 y 773 y representa una causa frecuente de ingreso hospitalario, tanto en personas previamente sanas como en pacientes con comorbilidad. Con motivo de la entrada en funcionamiento en octubre de 2002 de la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Servicio de Medicina Interna, las neumonías fueron incorporadas al catálogo de patologías e ingresadas casi en su totalidad en dicha Unidad. A los 34 meses de actividad de la UCE se analizan las características y la gestión clínica de los pacientes con neumonía neumocócica, con objeto de valorar si la sistemática de trabajo propuesta con el apoyo de una consulta propia de la Unidad, permite optimizar el manejo hospitalario de dichos pacientes.

Material y métodos. A todos los pacientes con perfil clínico de neumonía se les realizó historia clínica detallada, exploración física completa, radiografía de tórax en 2 proyecciones, serología de neumonías atípicas, determinación de antígeno urinario de *Legionella* y *Neumococo* y hemocultivos en caso de fiebre. Se analizaron retrospectivamente los pacientes diagnosticados de neumonía neumocócica, utilizando la base de datos de la Unidad y la revisión de las historias clínicas.

Resultados. De los 500 pacientes con diagnóstico de neumonía, en base a criterios clínicos y radiológicos, 22 fueron de etiología neumocócica, (16 V y 6 H) con edad media de 49,4 años (rango 18-83). El 22,7% de ellos presentaba patología bronquial previa y en el 59% se describió comorbilidad no respiratoria. La forma de presentación fue típica en 16 casos (72,7%), resultando atípica en el 27,3%. Inicialmente se encontraron hallazgos radiológicos en 21 pacientes (95,4%), presentando afectación de LSD 5 casos, LM 3 casos, LID 8 casos, LII 5 casos, bronquiectasias en 1 caso y llingula en otro. Cinco pacientes cursaron con bacteriemia, presentándose datos clínicos de sepsis en solo uno de ellos. El diagnóstico se realizó mediante aislamiento en hemocultivos en 5 pacientes (22,7%) y con antígeno urinario de *Neumococo* en 17 casos (77,3%). El tratamiento inicial fue amoxicilina/clavulánico en 15 casos (68,1%), levofloxacino en 6 (27,3%) y cefalosporinas de 3ª generación en 1 caso (4,5%). La duración del tratamiento fue de 13 ± 1 días. La sensibilidad de los aislados a penicilina fue del 100%, lo que permitió ajustar el tratamiento antibiótico en dichos casos. La mediana de estancias fue de 4 días (rango 2-11). La evolución fue favorable en todos los casos y no se produjeron reingresos. Los pacientes continuaron seguimiento en la consulta de la UCE con una primera revisión a las 48-72 horas del alta.

Discusión. En nuestra serie de neumonías la etiología neumocócica ha sido inferior a lo comunicado por otros autores posiblemente por la baja sensibilidad del antígeno urinario observada en nuestro hospital. El porcentaje de pacientes que cursa con bacteriemia puede estar

infraestimado dado que la práctica de obtener hemocultivos no siempre se cumple adecuadamente. Nuestra sistemática de trabajo permite que tras la estabilización clínica los pacientes pasen a tratamiento antibiótico oral para continuar el seguimiento en consulta. Los datos radiológicos no fueron determinantes a la hora de decidir el alta; todo ello ha hecho posible acortar la duración del ingreso en unos 3 días con respecto a la estancia estándar de los hospitales del grupo 3.

Conclusiones. La neumonía neumocócica puede presentarse con perfil clínico atípico en un número significativo de casos. No hemos apreciado diferencias con respecto a otras series en cuanto a resultados de sensibilidad a los antibióticos, regímenes y respuesta terapéutica. No existen diferencias en cuanto a estancia media, en función de los diferentes regímenes terapéuticos empleados. Los resultados clínicos y los parámetros de gestión ofrecen datos claros a favor del tratamiento de esta patología, incluso en pacientes con comorbilidad asociada, en Unidades de Corta Estancia.

A-062

REMISIÓN COMPLETA PROLONGADA DE ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTISISTÉMICA EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH TRAS TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

A. Noblejas Mozo, T. Martín Jiménez, V. Masip Marza, M. García Navarro, C. Montero Hernández, E. Múñez Rubio, I. Perales Fraile e I. Espert Rodríguez

Medicina Interna. H.U. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. La enfermedad de Castleman multisistémica (ECM) es un trastorno linfoproliferativo que en el contexto de infección por VIH se asocia a infección por herpes virus humano tipo 8 (HHV-8). Tiene mal pronóstico independientemente del estadio clínico de la infección por VIH. No existe un tratamiento estándar. En las recidivas sintomáticas se han utilizado distintos tratamientos con resultados variables, además de no demostrar una reducción en la frecuencia de las mismas. Recientemente se ha comenzado a utilizar un anticuerpo monoclonal anti CD20 llamado rituximab con diferentes resultados. En esta comunicación se pretende exponer nuestra experiencia con el primer caso descrito en España con una respuesta completa prolongada y compararlo con casos similares.

Material y métodos. Descripción de un caso de ECM e infección por VIH y su respuesta al tratamiento con rituximab y revisión de la literatura.

Resultados. Varón de 48 años con antecedentes personales de infección por VIH diagnosticada en 1999 en estadio A1 en tratamiento antirretroviral, que en abril de 2000 comienza con un cuadro autolimitado de fiebre, pancitopenia, hepatoesplenomegalia y adenopatías generalizadas supra e infradiaphragmáticas. Se realiza biopsia ganglionar en la que se observa marcada hiperplasia folicular y mínimas alteraciones centrofoliculares, lo que unido a serología y DNA de HHV-8 positivos permiten el diagnóstico de ECM angiohistiocitosis. Posteriormente presenta varias recidivas clínicas confirmadas histológicamente en dos ocasiones. En abril de 2003 se inicia tratamiento con 4 ciclos semanales de rituximab a la dosis estándar de 375 mg/m², con remisión clínica y virológica (negativización de DNA de HHV-8) y rápida disminución de CD19 (tabla 1). El paciente permanece en remisión completa tras 29 meses de seguimiento. No ha presentado ninguna infección oportunista, enfermedad relacionada con HHV-8, ni repercusión sobre la cifra de CD4 o la carga viral de VIH.

Discusión. Tras revisar la literatura sólo hemos encontrado 10 pacientes con ECM e infección por VIH que hayan recibido tratamiento con 1 a 6 ciclos semanales de rituximab, obteniendo remisión completa en 8 de ellos durante 1 a 14 meses, acompañándose de negativización de la carga viral y disminución de CD19. En 6 pacientes se produjo recidiva de la enfermedad a los 1 a 12 meses, permaneciendo en remisión completa sólo 2 pacientes tras 12 y 14 meses de seguimiento. Aunque el tratamiento con rituximab produce una depleción prolongada de linfocitos B que podría asociarse con un aumento en el riesgo de infecciones oportunistas, este efecto no se ha observado en ningún paciente. Tampoco ha tenido en ningún caso repercusión sobre el número de CD4 o la carga viral de VIH. La ECM no parece asociarse con un estadio más evolucionado de la infección por VIH, ni mejorar tras iniciar tratamiento antirretroviral.

Conclusiones. Rituximab puede ser eficaz y seguro para controlar la enfermedad y conseguir respuestas completas prolongadas en algunos casos. Por ello podría tener un papel en el manejo terapéutico inicial de la ECM. La carga viral de HHV-8 puede representar el marcador más importante de actividad y respuesta al tratamiento. No hemos encontrado ningún factor que sea útil para predecir la respuesta al tratamiento.

Evolución de CD19 tras tratamiento.

| | Abril 2003 | Mayo 2003 | Septiembre 2003 | Febrero 2004 | Mayo 2004 |
|----------|---------------|--------------|--------------------|-----------------|--------------|
| CD4 (%) | 26 | 38 | 28 | 26 | 28 |
| CD19 (%) | 15,4 | 3,5 | 3 | 5,5 | 5 |

A-063

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 80 CASOS DE ENDOCARDITIS PROTÉSICA

A. Plata Cíezar¹, J. Reguera Iglesias¹, A. Alarcón Luján², F. Miralles Linares³, A. Villalobos Sánchez¹, J. Ruiz Mesa¹, J. Colmenero Castillo¹ y R. Gómez Huelgas¹

¹Unidad de infecciones. Medicina Interna. H.G.U. Carlos Haya. Málaga. ²Enfermedades Infecciosas. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. ³Medicina Interna. Hospital Parque San Antonio. Málaga.

Objetivos. Conocer las características clínicoepidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas de una serie de 80 endocarditis protésicas
Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de un total de 80 endocarditis protésicas (EP) obtenidas de una serie de 371 endocarditis infecciosas izquierdas con diagnóstico definido o probable de dos hospitales andaluces de tercer nivel en el período de tiempo comprendido entre 1985 y 2004.

Resultados. De las 80 EP, 70 (88%) fueron definitivas y 10 (12%) probables. La edad media fue de 55,3 + 14,7 años con predominio de hombres (64%). El número de EPP fue de 19 (24%) y de EPT 61 (76%). Las válvulas metálicas afectas fueron 51 (64%) frente a sólo 29 (36%) biológicas. La localización más frecuente fue la aórtica con 38 (47%) seguida de mitral con 35 (44%) y de mitroaórtica con 7 (9%). El diagnóstico etiológico definitivo fue en 73 casos (91%): 65 hemocultivos (+), 5 serología a *C. Burnetti* y 3 cultivo valvular. En la EPP fue más frecuente el *St. coagulasa* neg. (42,1%) y el *St. aureus* (15,8%), en la EPT predominó el *St. viridans* (26,2%) y el *St. aureus* (14,8%). Complicaciones: 58 casos (72,5%), Fracaso Ventricular izquierdo (FVI) 40 (50%), Embolismos 29 (36%), Embolismo SNC 18 (22,5%), Ins. renal 22 (27,5%), Bloqueo A-V 7 (9%), Metástasis sépticas 6 (7,5%) y Shock séptico 9 (11%). Se realizó ETT en 41 pacientes (51%), ETE en 8 pacientes (10%) y ETT + ETE en 31 (39%) encontrándose vegetación en el 48% de los casos, dehiscencia en el 63% y abscesos en el 11%. Tratamiento médico en 46 casos (58%) y quirúrgico en 34 (42%), la causa más frecuente de la intervención fue el FVI (53%) seguido de sepsis (18%), dehiscencia/absceso (15%), varias de las anteriores (9%) y otras causas(5%) La cirugía se realizó sin demora (menos de 48 h en FVI refractario y menos de 1 semana si FVI progresivo) en el 79% de los pacientes. La mortalidad cruda fue del 40%, fallecieron el 55% de los operados y el 46% de los que siguieron tratamiento médico. La mortalidad en la EPP fue del 58% (11/19) y en la EPT del 34% (21/61). Los pacientes propuestos pero no intervenidos alcanzaron una mortalidad del 75% (6/8) y los pacientes con retraso en la cirugía fue del 85% (6/7).

Discusión. En esta serie de casos la afectación valvular fue mayor en prótesis metálicas que en biológicas, si revisamos la literatura vemos que en realidad no existe mayor riesgo, este aumento probablemente se deba a que se implantan más prótesis metálicas que biológicas. En la etiología se observa el predominio del *st. coagulasa* negativo en la EPP como consecuencia que los gérmenes proceden de la contaminación perioperatoria, en cambio en la EPT el más frecuente es el *streptococo viridans* ya que proceden de bacteriemias transitorias como en la endocarditis sobre válvula nativa. Resaltar la alta mortalidad tanto en pacientes con indicación de cirugía

que no se intervinieron (75%) como en aquellos en los que se retrasó la cirugía (85%) demostrando la importancia y la necesidad de la correcta coordinación en los equipos multidisciplinarios (médico-quirúrgicos) para abordar esta enfermedad, también es de destacar la mayor mortalidad en la EPP frente a la EPT por la distinta fisiopatología de ambas que hace que existan más dehiscencias y abscesos en las primeras lo que conlleva un peor pronóstico.

Conclusiones. La endocarditis protésica es una infección muy grave que sigue conservando, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, una mortalidad excesivamente elevada El tratamiento de la endocarditis protésica debe ser siempre individual y con abordaje multidisciplinario, a fin de determinar si el paciente se beneficia más del tratamiento médico o quirúrgico. La EPP presenta un peor pronóstico que la EPT por sus características fisiopatológicas El retraso en la cirugía o la no realización a pesar de estar indicada reporta una alta mortalidad al paciente.

A-064

ARTRITIS Y ENDOCARDITIS POR E. COLI

L. Broseta Viana, J. Calbo Mayo, L. Sáez Méndez y J. Solera Santos

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

Objetivos. Describir el caso clínico de un paciente con bacteriemia por *E. coli* complicada con endocarditis y artritis séptica en hombro derecho y sus peculiaridades.

Material y métodos. La artritis infecciosa por bacilos gram negativos se observa entre el 9% y el 20% de los casos de artritis infecciosas. La presencia de trastornos comórbidos, como abuso de drogas intravenosas, diabetes, artritis crónica e infecciones extraarticulares, predispone a las infecciones articulares debidas a estos microorganismos. Presentamos el caso de un paciente con artritis séptica del hombro derecho por *Escherichia coli* asociada a endocarditis aórtica y mitral. Se trata de una asociación muy infrecuente (metástasis séptica inhabitual) apenas descrita hasta ahora en la bibliografía. Se trata de un varón de 67 años con hepatopatía crónica de origen enólico que consulta por dolor e inflamación en hombro derecho de una semana de evolución motivo por lo que su médico de cabecera inicia tratamiento con AINEs sin apenas mejoría y con progresiva incapacidad para la movilización del hombro. A la exploración física destacaba: Tº de 39 °C, soplo diastólico aórtico II-III/VI a 80 l.p.m, hepatomegalia de 2 cm y hombro derecho con aumento de tamaño y de temperatura doloroso a la palpación y movilización pasiva. Entre las exploraciones complementarias destacamos: Hemoglobina 10,2 g/dl, leucocitos 18.680/mm³ con 79% N, creatinina 1 mg/dl. Estudio de líquido sinovial: 53.072 leucocitos, 85% polimorfonucleares (en números absolutos 45.111). Cultivo de líquido sinovial: bacilos gram negativos compatibles con *E. coli* sensible a quinolonas, betalactámicos y gentamicina, cultivo anaerobio negativo. Hemocultivos a su ingreso negativos. En el ecocardiograma se objetiva imagen nodular hiperrefringente en seno coronario que desestructura completamente dicha valva, compatible con verruga por endocarditis que provoca insuficiencia aórtica moderada-severa. Válvula mitral con válvula anterior engrosada con límites hipermóviles compatible con vegetaciones por endocarditis sobre valva anterior mitral, no se objetiva insuficiencia mitral. Se realizó una resonancia magnética que mostró rotura de tendón supraespinoso y abscesos con afectación de partes blandas de localización interna a músculo deltoides y subescapular. Signos radiológicos de osteomielitis de cabeza humeral. A su ingreso se trató con cefotaxima y gentamicina con drenaje quirúrgico del hombro, dejando cadena de gentamicina intraarticular. La evolución clínica del paciente fue favorable tras seis semanas de tratamiento antibiótico intravenoso. El paciente ha sido valorado por el servicio de cirugía cardíaca sin precisar por el momento cirugía de recambio valvular.

Discusión. *Escherichia coli* es un microorganismo con gran capacidad para originar bacteriemias que hasta en el 90% de los casos se originan a partir de la vía urinaria. La artritis infecciosa por *E. coli* se observa en el 9-20% de los casos de artritis infecciosas. En un estudio realizado en nuestro medio de 112 pacientes con artritis séptica se identificaron tres casos originados por *E. coli* en pacientes con comorbilidad de base (diabetes y cirrosis). A pesar de que las bacteriemias por *E. coli* son frecuentes, la endocarditis es muy rara

lo que se atribuye a que las bacteriemias suelen ser de corta duración y la capacidad de adherencia al endotelio valvular es muy baja aunque este se encuentre lesionado. En una revisión de los casos de endocarditis por gram negativos de la Clínica Mayo de un total de 54 casos sólo 4 eran producidos por *E. coli*. Tampoco en enfermos como el nuestro con hepatopatía de origen enólico es frecuente la endocarditis por *E. coli* a pesar del elevado número de bacteriemias que causa este microorganismo en este grupo de enfermos.

Conclusiones. Destacamos en el caso la asociación tan infrecuente de artritis y endocarditis por *E. coli* de origen no claramente identificado sin haberse podido descartar el foco peritoneal (peritonitis bacteriana espontánea del paciente con hepatopatía crónica). Resulta además especulativo en nuestro enfermo el considerar qué fue primero, la artritis o la endocarditis. Como aspecto a resaltar subrayar las múltiples complicaciones que puede tener la bacteriemia por *E. coli* en pacientes con comorbilidad de base como el enfermo que presentamos.

A-065

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS ÓSEA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE DURANTE 1996-2005

Y. Calero, S. Reus, B. Valero, C. Escoín, T. Baeza, M. García, E. Merino y J. Portilla

Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Objetivos. describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis ósea.

Material y métodos. revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de tuberculosis ósea entre enero de 1996 y junio 2005 en el Hospital General Universitario de Alicante

Resultados. Trece pacientes todos ellos varones, con una edad media de 58 años (rango 28-79). Tres pacientes (23%) tenían infección por el VIH. Uno (7%) era inmigrante. Cuatro (30%) presentaban inmunosupresión no VIH. Sólo 1 de ellos presentaba TBC pulmonar activa y 4 (30%) presentaban lesiones pulmonares residuales. Un 38% (5 pacientes) tenían antecedentes de tuberculosis. Mantoux positivo en el 83%. Tiempo medio de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 148 meses (rango 1 semana-52 años). El tiempo medio desde el ingreso hasta el inicio del tratamiento fue de 24 días. La localización más frecuente fue el fémur (46%) seguida de la vertebral (30%). El 62% de los pacientes no presentó manifestaciones sistémicas. El valor medio de VSG y PCR al diagnóstico fue de 61 mm/h (rango: 12-110 mm/h) y 4 mg/dl (rango: 0,1-6,5 mg/dl) respectivamente. En 9 pacientes (69%) el diagnóstico fue de certeza. Todos los pacientes recibieron tratamiento médico y dos de ellos (15%) fueron sometidos a intervención quirúrgica. Ocho pacientes (61%) presentaron algún tipo de secuela. La presencia de abscesos en las tuberculosis vertebrales fue del 75%.

Conclusiones. Existe un retraso diagnóstico en la mayoría de los pacientes. Dadas las escasas manifestaciones sistémicas acompañantes, el diagnóstico de tuberculosis ósea requiere un alto grado de sospecha.

A-066

CANDIDIASIS URINARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL: FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS Y DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

E. Bolaños Oncino¹, C. Cortés Lletget¹, M. Villegas Urbano¹, M. Martín Baranera² y C. Alonso Tarrés³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Epidemiología,

³Servicio de Análisis Clínicos-Microbiología. Hospital General de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Estimar la incidencia de candiduria en urocultivos positivos de pacientes hospitalizados durante el 2001. Describir el perfil epidemiológico, clínico y microbiológico.

Material y métodos. Se seleccionaron los episodios de candiduria entre los urocultivos positivos recogidos en pacientes ingresados durante el año 2001. Se recogieron edad, sexo, y comorbilidad asociada clásicamente a esta patología, los resultados obtenidos en el

examen microscópico del sedimento teñido con tinción de Gram y el tratamiento farmacológico en cada caso.

Resultados. De un total de 503 urocultivos positivos, se detectó candiduria en 40 (7,95%), correspondientes a 31 episodios. La mediana de edad fue 82 años (rango 39-99), 18 de 31 fueron mujeres (58%). La diabetes mellitus se presentó en 11/31 (36%), la patología neurológica en 15/31 (48%), presencia de enfermedad urológica en 7/31 (22%) y portador de sonda permanente 18/31 (59%). En 23/31 (74%) el motivo de solicitud fue la fiebre. El 74% (23/31) presentaba patología concomitante grave. Habían tomado antibiótico 26/31 (83%) días antes o durante el episodio actual. Recibieron tratamiento antifúngico tras resultado 8/31(25%). En 22/32 (72%) se llegó a la identificación de la especie: *Candida albicans* en 17, *C. glabrata* en 5, *C. parapsilosis* en 1 caso. La leucocituria estuvo presente en todos los casos, hallándose > 25 leucos/campo en 11/40 (27%). Se detectó por Gram la mayoría de las fungurias: 31/40 (77%). En 31/40 crecieron > 100.000 UFC/ml.

Discusión. Los hongos del género *Candida* causaron un porcentaje significativo de los aislados en urocultivos positivos. Los factores predisponentes asociados fueron los ya descritos en la literatura. Es remarkable la sensibilidad alcanzada con la técnica de Gram efectuada en el sedimento, que podría ser utilizado como método rápido y sencillo para un diagnóstico precoz en la mayor parte de los casos.

Conclusiones. 1) Incidencia de candiduria similar a otras series descritas. 2) Mayor porcentaje de mujeres, edad avanzada, presencia de diabetes mellitus y patología grave de base. Alta proporción de pacientes con antibiotoxicoterapia previa. Alto porcentaje de fiebre como motivo de solicitud de la recogida del sedimento. 3) Se detecta muy buena correlación entre el Gram del sedimento y el cultivo positivo para *Candida*.

A-067

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y SU RELACIÓN CON EL TARGA EN PACIENTES VIH

D. Alonso Rodríguez¹, I. de la Iglesia Fanjul², T. Bajo Franco², J. López Caleyá², V. Martín Sánchez³ y M. Alcoba Leza²

¹Cardiología, ²Medicina Interna. Hospital de León. León.

³Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León. León.

Objetivos. Estimar la incidencia de eventos coronarios agudos en pacientes con TARGA y describir los factores de riesgo cardiovasculares tanto previos como los desarrollados tras el inicio del TARGA en pacientes VIH que presentaron IAM.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes VIH que reciben TARGA y que acuden a la consulta del Hospital de León y fueron ingresados por Síndrome Coronario Agudo hasta el 30-6-05. Se analizaron los factores de riesgo CV previos y posteriores al TARGA. Se consideró hiperTG ≥ 170 e hiperCL ≥ 250 en al menos dos determinaciones.

Resultados. Se observaron tres casos de IAM entre los 231 pacientes VIH que recibían TARGA (Incidencia = 1,3%).

Discusión. El TARGA se asocia a alteraciones metabólicas que pueden incrementar el riesgo cardiovascular. La reciente aparición de mayor número de casos de los esperados de IAM en esta población relativamente joven es un tema de interés.

Conclusiones. La incidencia de casos IAM encontrada es similar a la de otras series; si bien nuestro estudio está sujeto a problemas metodológicos. La eficacia del TARGA en términos de morbi-mortalidad por VIH está fuera de toda duda; sin embargo, debe prestarse atención a aquellos factores de riesgo cardiovascular susceptibles de prevención primaria o secundaria.

| Caso | Antecedentes CV | Terapia | Desarrolla | Edad ingreso IAM |
|------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|
| 1 | Tabaquismo | AZT+3TC+Indinavir | hiperTG/hiperCL | 37 |
| 2 | DM y tabaquismo | D4T+3TC+Indinavir | hiperTG | 60 |
| 3** | Tabaquismo y AF | AZT+3TC+Indinavir | hiperTG/hiperCL* | 43 |

*recibiendo por ello hipolipemiantes **Abandona el tabaco y se sustituye Indinavir por Efavirez, normalizándose cifras de CL pero no las de TG. Reingresa por IAM con 44 años.

A-068
RESISTENCIAS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN EL ÁREA DEL HOSPITAL DE SAGUNTO DESDE 1999 AL 2004

M. Aragón Galindo, B. Serra, I. Amorós Quiles, A. Belda, A. Albert Contell, L. Castellano, L. López e I. Jiménez
 Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto, Valencia.

Objetivos. La finalidad del estudio fue conocer los patrones de sensibilidad a antimicrobianos de *Mycobacterium tuberculosis*, en particular la resistencia primaria a isoniácida, en el área del Hospital de Sagunto, así como estudiar las características clínicas y factores de riesgo asociadas a los mismos.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis desde enero de 1999 a diciembre de 2004, en los que se aislaron cepas de *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo de una muestra clínica y se realizó estudio de resistencias a los fármacos antituberculosos de primera línea (isoniácida, rifampicina, piracinamida, etambutol y estreptomina). Se recogieron de la historia clínica los factores de riesgo y las características clínicas de los pacientes.

Resultados. El total de cepas aisladas fue de 77, con una tasa global de resistencias del 14,1%. La frecuencia de resistencias primarias fue del 12%, siendo las secundarias del 27%. No se detectó ningún caso de multirresistencia. Las resistencias globales por fármacos fueron las siguientes: 3,9% a isoniácida, 2,6% a rifampicina, 2,6% a piracinamida, 3,9% a etambutol y 6,5% a estreptomina. Siendo las resistencias primarias: 3% a isoniácida, 3% a rifampicina, 3% a piracinamida, 4,5% a etambutol y 3% a estreptomina. La resistencia adquirida fue del 9,1% para isoniácida y del 27% para estreptomina, no encontrando resistencias para el resto de los fármacos testados.

Conclusiones. 1) La baja frecuencia de resistencias primarias a isoniácida hace que podamos tratar los casos nuevos en población autóctona con tres fármacos. 2) Los factores de riesgo asociados a resistencias en nuestra área fueron el tabaquismo y el alcoholismo. 3) Aunque todos los pacientes con resistencias presentaban formas pulmonares las diferencias no fueron estadísticamente significativas, y sí lo fue la mayor frecuencia de derrame pleural en pacientes con resistencias.

A-069
ANÁLISIS DE LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS DE BACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO AMPLIADO

P. Arcos Pereda¹, G. Rojo Marcos¹, T. Abad Rodríguez¹, J. Cuadros González², A. Sánchez Garvín¹, R. Agudo Alonso¹, M. García Sánchez¹ y J. Sanz Moreno¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. Análisis epidemiológico de los pacientes con aislamientos de bacterias productoras de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA) durante el año 2003 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

Material y métodos. Se revisaron retrospectivamente todos los aislamientos de gérmenes productores de BLEA durante el año 2003. Se seleccionaron todos los pacientes mayores de 14 años ingresados en servicios médicos o quirúrgicos con al menos un cultivo positivo de BLEA. Se desestimaron los aislamientos recogidos ambulatoriamente y los aislamientos por especies de bacterias y localización idénticos con menos de 7 días de diferencia. Se revisaron los historiales clínicos incluyendo los informes de alta y de éxito, y todos los registros microbiológicos de los pacientes seleccionados. El método microbiológico utilizado fue VITEK 2 y aproximación de discos.

Resultados. Durante el año 2003 se aislaron 269 bacterias productoras de BLEA. Se seleccionaron 98 aislamientos correspondientes a 75 pacientes con una mediana de edad de 77 años (rango 26-95), de los cuales 39 son varones y 36 mujeres. Se estudia la comorbilidad de los pacientes, las muestras biológicas, y los servicios hospitalarios. Los gérmenes BLEA aislados fueron: 80 *Escherichia coli*, 12 *Klebsiella*, 6 *Enterobacter*. La mediana de la estancia fue de 29 (rango 1-259). El tiempo de ingreso hasta el aislamiento tuvo una mediana de 17 días (rango 0-125). Durante el ingreso fallecieron 18 pacientes (24%).

Discusión. El 36,43% del total de aislamientos se produjeron en el ámbito hospitalario. El 56,12% de los aislamientos se producen en

servicios médicos con respecto el 27,55% de los servicios quirúrgicos (queda excluido de este análisis la UCI). Los servicios médicos son los más afectados probablemente porque acumulan el mayor número de pacientes. El principal foco de aislamiento fue el urinario (60,2%).

Conclusiones. El número de aislamientos de bacterias productoras de BLEA está creciendo en los últimos años, siendo predominante en el ámbito ambulatorio. En nuestro hospital el tiempo que transcurre hasta el aislamiento es prolongado, la bacteria más habitual es *E. coli* y el foco de origen más frecuente el urinario. Los servicios médicos son los más afectados, probablemente porque la comorbilidad de estos pacientes es un factor de riesgo para gérmenes productores de BLEA. Los pacientes son de edad avanzada, pluripatólogos, con tiempos de ingreso prolongados y alta mortalidad. Los pacientes con ingresos más prolongados son más susceptibles de presentar varios aislamientos por BLEAs.

A-070
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA

M. Romero Sánchez, J. Hinojosa Mena Bernal, A. Farfán Sedano, O. Mateo Rodríguez, A. Pérez Martín, A. Rodríguez Benavente, B. Frutos Pérez y A. Zapatero Gaviria

Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Estudiar las características generales de los pacientes atendidos en el primer año de funcionamiento del Hospital de Fuenlabrada con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Material y métodos. Estudio retrospectivo y transversal que analiza todos los pacientes con diagnóstico de NAC ingresados en el Hospital de Fuenlabrada en el primer año de funcionamiento desde el 1 de marzo de 2004 al 28 de febrero de 2005. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes mayores de 14 años con el diagnóstico de NAC. Se excluyeron aquellos pacientes diagnosticados de SIDA, así como aquellos diagnosticados de neumonía nosocomial y de tuberculosis pulmonar. La búsqueda y seguimiento de los pacientes ingresados por NAC se hizo a través de la base de datos del hospital codificados mediante el sistema de clasificación CIE-9-MC en las fichas de alta con los códigos 507-611, bien en el diagnóstico principal o secundario. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó el sistema de puntuación definido en la Regla de Clasificación Pronóstica de Fine (Pneumonia Severity Index). Estudio estadístico: para el análisis de los datos se utilizó la aplicación Microsoft Access y el paquete estadístico SPSS.

Resultados. Se analizaron un total de 280 casos de NAC. 59% eran varones. La edad media fue de 66 (mediana 73). La mediana de estancia fue de 6 días. La mortalidad global fue del 7%. En 2,5% se evidenció contacto con pájaros y con animales de granja y enfermedad profesional en 0,7%. La co-morbilidad asociada más frecuente fue: EPOC en 86 casos (31%), diabetes en 63 (22,5%), neoplasias en 39 (14%) y cardiopatía isquémica en 31 (6%). La hipoxemia es el parámetro de gravedad más frecuente en el momento de ingreso (61%). Existía tabaquismo activo en 68 (24%). La distribución por Fine fue: Clase I en 20 (7%), clase II en 52 (19%), clase III en 56 (20%), clase IV en 108 (39%) y clase V en 44 (16%). El diagnóstico microbiológico definitivo fue del 11,4%, siendo el *S. pneumoniae* el germen más frecuente con un 5,71%, seguido de la *C. pneumoniae* en 1,42% y *E. coli* en 1,07%. La antibioterapia empleada fue: fluorquinolonas en 51%, amoxicilina-clavulánico en 32%, macrólidos en 22%, cefalosporinas de 3ª generación en 25% e imipenem en 5,7%. La mediana de duración del tratamiento fue de 14 días. Se apreció infiltrado radiológico lobar en 80%, multilobar en 17%, bilateral en 11,4%, derrame pleural en 9,6%, intersticial en 3% y cavitación o absceso en 0,7%.

Discusión. La incidencia de NAC es más frecuente en varones que en mujeres como ocurre en la mayoría de estudios. El diagnóstico microbiológico definitivo es bastante escaso a pesar de los diferentes estudios empleados, pero similar a otras series como la de Coma et al y González-Moraleja. La proporción de pacientes ingresados que pertenecen a categorías de bajo riesgo teórico (Fine I y II)

es bastante elevado (25%) lo cual confirma que, aunque serían precisos más estudios para valorar la adecuación de ingresos hospitalarios en función de la co-morbilidad asociada y los parámetros de gravedad al ingreso, el Pneumonia Severity Index es buen indicador de riesgo de muerte, pero limitado por sí sólo a la hora de valorar la indicación de ingreso.

Conclusiones. La NAC es una de las patologías más prevalentes en nuestro medio que consume un elevado número de recursos por lo que es imprescindible la aplicación de protocolos consensuados para conseguir un manejo adecuado.

A-071 BRUCELOSIS EN CIUDAD REAL ¿UNA ENFERMEDAD TODAVÍA FRECUENTE?

P. Calderón, F. Ceres, J. Yanes, F. Vega Olías, M. Mañas, C. Conde, N. Ruiz Bustillo y J. Ros

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alarcos. Ciudad Real.

Objetivos. La brucelosis es una enfermedad de distribución universal que predomina en el área mediterránea. En España representa un problema de primer orden. Castilla La Mancha es una de las comunidades autónomas con una incidencia más elevada. El objetivo del trabajo es recoger los casos de brucelosis diagnosticados en nuestro hospital desde el 1 de enero del 2000 hasta el 30 de junio del 2005; analizando la distribución geográfica, factores de riesgo, clínica, diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo, para identificar los casos nuevos de brucelosis durante el periodo de estudio, según los datos del Sistema Básico de Vigilancia Epidemiológica y el Servicio de Documentación y Archivo Clínico del Complejo Hospitalario de Ciudad Real cuya población adscrita es de 330.000 personas. **Resultados.** Registramos 45 casos de brucelosis 35 de los cuales fueron varones y 10 mujeres. La edad media fue de 40 (límites 3-77) años. La distribución de los casos diagnosticados a lo largo del tiempo resultó ser de: 13, 8, 6, 3 y 12 en cada año de estudio respectivamente desde el 2000 al 2004 y 3 durante los 6 primeros meses del 2005. Un 37,78% fueron diagnosticados en verano. El 80% de los pacientes tenían su residencia en zona rural y el 20% en zona urbana. Llamó la atención los seis casos diagnosticados durante los meses de primavera-verano del 2000 en la localidad de Pozuelo de Calatrava y que un 42,2% de los casos no fueron declarados. De los pacientes analizados trece tenían trabajos relacionados con la cría de animales, uno trabajaba en una quesería y cinco, todos ellos menores de 19 años, eran hijos de ganaderos (entre ellos se encontraban tres hermanos de 10, 12 y 15 años diagnosticados durante el mismo año). No se halló ningún veterinario, matarife ni personal de laboratorio afectado. El 24,4% reconocieron haber ingerido productos lácteos no pasteurizados y el 46,6% tenían contacto con ovejas, cabras o ambos. Entre los pacientes estudiados había un paciente VIH+ con una cifra de 139 CD4/mm³ y un paciente de Marruecos que llevaba 3 años en España con factores de riesgo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: fiebre (86,6%), sudoración (44,4%), artromialgias (44,4%) y pérdida de peso (31,1%). En la exploración física un 13,3% presentó adenopatías, un 13,3% esplenomegalia y un 8,9% hepatomegalia. Destacó que un 66,6% de los pacientes presentara complicaciones. Un 55,5% de estas formas focales fueron alteraciones osteoarticulares: 10 tuvieron sacroileitis, 6 artritis de cadera, 5 espondilodiscitis, 3 artritis de rodilla y 1 artritis de tobillo. Otras complicaciones fueron orquiepididimitis, desarrollada por tres pacientes, un paciente presentó nódulos pulmonares granulomatosos y otro un exantema cutáneo. Un 6% de los casos sufrió recidiva de la enfermedad durante el periodo de estudio. Ningún paciente precisó tratamiento quirúrgico y no se registró ningún fallecimiento. Los hemogramas no mostraron alteraciones importantes en general. La cifra media de leucocitos, Hb y plaquetas fue de 6.512/mm³, 12,8 g/dl y 242.954/mm³ respectivamente. La media de VSG fue de 35 mm/h. El perfil hepático estaba alterado en un 42,4%. El diagnóstico mediante cultivo de *Brucella* spp. se llevó a cabo en el 42% de los pacientes, aislándose en todos ellos en los hemocultivos, excepto en un único caso en el que creció en líquido articular. En un 95,5% la prueba del Rosa de Bengala fue positiva, en un 31% la aglutinación de Wright y en un 62% el ELISA. La combinación de antibióticos más empleada fue doxiciclina y rifampicina (63,6%). Un 16% fueron tratados con doxiciclina y un

aminoglicósido (estreptomicina 71,4%). El 13,6% recibió rifampicina, doxiciclina y estreptomicina. Hubo un caso tratado sólo con cotrimoxazol y dos menores de edad con rifampicina y cotrimoxazol.

Conclusiones. A pesar de que diversos estudios muestran una incidencia decreciente de brucelosis en nuestro país, gracias al control y la erradicación en los animales, aún continúa siendo un problema de salud pública en nuestra provincia. La ingestión de productos lácteos no pasteurizados supone todavía un mecanismo importante de contagio. Un 42,2% de los casos no fueron declarados lo que supone un desconocimiento de la incidencia real.

A-072 ESPONDILITIS TUBERCULOSA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

E. Ramírez Ortiz, M. Del Castillo, Y. Abu, M. Pérez, A. Benavente, J. Ramos Clemente, E. García y A. Barrios

Medicina Interna. Infanta Elena. Huelva.

Objetivos. Introducción: En el diagnóstico diferencial de las masas paravertebrales hay que tener en cuenta las causas infecciosas, y entre ellas la tuberculosis (TB). Dentro de las formas infrecuentes de la TB se encuentra la osteoarticular, que es la localización más habitual después de la pulmonar. Representa el 15% de las formas extrapulmonares, suponiendo la afectación vertebral el 50% de la TB ósea. **Objetivos:** Presentación de dos pacientes inmigrantes diagnosticados de TB ósea en nuestro Hospital.

Material y métodos. Caso 1: varón de 31 años originario de Marruecos. Antecedentes: Consumidor de agua de pozo y lácteos no pasteurizados. Acude por dolor lumbar mecánico, febrícula vespertina, astenia y pérdida de peso. A la exploración mostraba una masa paravertebral derecha a nivel lumbosacro de unos 7 x 6 cm, fluctuante, no fijada a planos profundos y una tumoración en dorso del pie izquierdo de unos 2 x 2 cm (lo presentaba desde hacía tres años). Caso 2: mujer de 23 años de origen boliviano. Acude por hinchazón y dolor leve en zona paravertebral derecha tras un traumatismo fortuito leve en esa zona, pérdida de seis kilos, malestar general y tos seca. Antecedentes: anemia ferropénica y consumo de agua de pozo. Le habían sido drenados previamente dos abscesos en cara y muslo derecho. Vive con su marido, hijo y tres familiares más, uno de ellos presentaba desde hacía meses tos severa no estudiada. Exploración: masa paravertebral derecha semejante al primer paciente. Drenamos los abscesos obteniendo un material amarillento y denso similar en ambos.

Resultados. Ambos pacientes presentaban anemia ferropénica, VSG alta y Mantoux positivo. El cultivo y la baciloscopia fueron negativos para TB en el caso 1 y positivos en el caso 2. Pruebas de imagen: Caso 1: TAC abdomen: colección hipodensa de partes blandas paravertebral derecha. RNM columna lumbosacra (resultado semejante a TAC). ECO pie izquierdo: probable osteomielitis en segunda cuña de tarso izquierdo con colección líquida en los tejidos blandos adyacentes, que dado los antecedentes del paciente cremos de origen tuberculoso. Caso 2: TAC abdomen: gran colección en psoas derecho. Lesiones líticas en cuerpos vertebrales D12, L1 y L2 compatibles con espondilodiscitis. RNM de columna lumbar (hallazgos semejantes a TAC). Se inició tratamiento antituberculostático en ambos casos con buena tolerancia y sin complicaciones iniciales. La evolución fue buena, permaneciendo los dos pacientes afebriles y asintomáticos en una revisión posterior en la consulta externa.

Discusión. Ante un absceso vertebral hay que hacer diagnóstico diferencial principalmente con: 1. Otras espondilitis infecciosas: *Staphylococcus aureus* (20%-70%), *Brucella* (50%), TB (20%-40%) 2. Tumores vertebrales: Las osteomielitis infecciosas producen un aplastamiento vertebral, en el cual hay compromiso del disco intervertebral, que lo diferencian de los procesos destructivos tumorales o pseudotumorales que respetan el disco intervertebral, como es el caso de los mielomas, metástasis, hemangiomas o la histiocitosis X. 3. Lipomas subcutáneos: en el Mal de Pott lumbar, el absceso frío desciende a lo largo de la vaina del psoas, apareciendo como un aumento de volumen de la región inguinal o como abscesos vertebrales dorsales o dorso lumbares en la región lumbar paravertebral, por lo que con frecuencia se confunden con lipomas subcutáneos.

Conclusiones. 1. Debido al aumento de la población inmigrante en la provincia de Huelva está habiendo un incremento de las enferme-

dades infecciosas, entre ellas la tuberculosis, apareciendo formas inusuales de ésta. 2. La mayor incidencia de tuberculosis en este colectivo se debe al hacinamiento, los bajos recursos económicos y la dificultad de acceso al sistema sanitario. 3. Es fundamental el diagnóstico precoz, para lo cual hay que garantizar el acceso a las instituciones sanitarias, el tratamiento hasta la completa curación, y el estudio de contactos y de infección latente.

A-073

ESTUDIO DE LOS INGRESOS POR MENINGITIS EN UN HOSPITAL COMARCAL DE RECIENTE APERTURA

C. Mella Pérez¹, A. Aneiros Díaz², J. García García¹, A. Bouzas Rodríguez³, M. Núñez Fernández¹, F. Fraile Amador¹, A. Blanco Moure¹ y A. López Soto¹

¹Medicina Interna, ²Urgencias, ³Medicina Preventiva. Hospital Do Salnes. Villagarcía, Pontevedra.

Objetivos. Conocer las características clínicas y epidemiológicas, de los casos de meningitis que ingresaron en un hospital comarcal desde su apertura.

Material y métodos. Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de meningitis al alta, desde la apertura del centro al primer semestre de 2005. Se recogieron características clínicas, biológicas y radiológicas.

Resultados. Se revisaron 44 casos de meningitis. La mayor parte fueron varones, con una edad media de 38 años (rango). En el grupo de menores de 18 años: ocho casos (18,2%), con mayor incidencia en los meses de invierno y mayo, la mayoría mujeres con meningitis víricas, con buena evolución y que no precisaron traslado. En mayores de 65 años: 8 casos (18,2%) con distribución similar por sexo, 3 tuberculosas y 4 meningoencefalitis víricas, una de las cuales precisó traslado a UCI. Entre 18 y 65 años: 28 casos; 12 víricas (42,9%), 7 tuberculosas (25%), 6 bacterianas (21,4%), una meningoencefalitis vírica (3,6%), una neurolúis (3,6%) y un criptococo (3,6%). Se trasladaron a otro centro 7 pacientes (13,6%) por criterio de gravedad (4) y por accesibilidad a técnicas y tratamientos sólo disponibles en hospitales de referencia (3). En los casos de meningitis bacteriana sólo se aisló el germen causal en dos casos: un *Haemophilus influenza* en un varón sin factores predisponentes y un *S. aureus* meticilín sensible, en una joven con antecedente de piomiositis por el mismo germen, ambos con buena evolución. Los casos de meningoencefalitis vírica (6) fueron más frecuente en pacientes de edad avanzada (66,7%), se trataron en su totalidad como herpéticas, con LCR e imágenes compatibles en el 50% de los casos aunque con PCR negativas; dos casos precisaron ingreso en UCI y uno de ellos intubación y ventilación mecánica en las primeras 48 horas; las complicaciones más frecuentes fueron crisis epilépticas e infarto cerebral.

Conclusiones. Las meningitis ingresadas en nuestro centro fueron predominantemente en varones de edad media, con una distribución similar a lo largo de los años. Las más frecuentes fueron las meningitis víricas. Los casos de meningoencefalitis vírica, que se trataron en su totalidad como herpéticas, fueron las que tuvieron más complicaciones graves (crisis epilépticas e infartos isquémicos cerebrales) y precisaron en más ocasiones traslado a otro centro por precisar ingreso en UCI. Los casos de meningitis en niños fueron la mayor parte víricas y con muy buena evolución. La mayor parte de los diagnósticos de meningitis tuberculosa se apoyaron en la forma de presentación clínica, características del líquido cefalorraquídeo y valores de ADA, con baja rentabilidad para PCR- Mycobacterias, BAAR y Lowenstein.

A-074

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ¿EXISTEN VARIABLES PREDICTORAS DE BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE?

M. Torralba, G. de Suso, A. Pereira Juliá, E. Martín Echevarría, M. de Vicente, Y. Meije, S. Tello, L. Sánchez y M. Rodríguez Zapata

Medicina Interna. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una patología que obliga a la toma de hemocultivos en los servicios de

urgencias. La identificación del agente etiológico es sin embargo esquivada. Analizamos la frecuencia de neumonía bacteriémica así como las variables clínicas, epidemiológicas y biológicas que se mostraban como predictoras de bacteriemia en la NAC.

Material y métodos. Estudio de casos y controles con recogida prospectiva de variables clínico-epidemiológicas y biológicas. Para comparar las variables predictoras de bacteriemia se realizó un diseño de casos y controles. Se compararon 16 pacientes con bacteriemia neumocócica frente 110 controles con NAC sin bacteriemia (se desestimaron bacteriemias por otros gérmenes distintos de *S. pneumoniae*). La razón casos/controles fue de 1:7. Se solicitó a los clínicos que indicaran una probabilidad pre-test de bacteriemia.

Resultados. Se analizaron 126 hemocultivos en pacientes con NAC en los últimos 24 meses extraídos en el Servicio de Urgencias. De éstos, hubo 20 contaminaciones (15,9%), 16 bacteriemias por *Streptococcus pneumoniae* (12,7%), 3 por *E. Coli* (2,4%) 3 por *Klebsiella pneumoniae* (2,4%) y 1 por *Pseudomona aeruginosa* (0,8%). Hallamos bacteriemia en 18,25% de los pacientes con NAC. La mediana de edad fue de 67 años (intervalo intercuartil: 45-76 años). Un 6,6% de los pacientes eran VIH+, 3,3% neutropénicos, 12% padecían enfermedad neurológica, 16% padecían enfermedad onco-hematológica, 4,1% eran portadores de marcapasos, válvulas protésicas o implantes protésicos en articulaciones, 2,5% eran portadores de sonda vesical, 17,4% padecían EPOC y 10,8% eran diabéticos. Un 36,2% sufrieron escalofríos periextracción y un 54,5% referían postración. El 28,2% habían tomado antibióticos antes del hemocultivo. Un 8% de los pacientes fueron dados de alta tras la extracción del hemocultivo. La probabilidad pretest de bacteriemia según los clínicos fue de baja: 24%, intermedia: 38% y alta: 38%. Los clínicos predecían mal los pacientes que más tarde padecían bacteriemia ($p = 0,37$). La bacteriemia se asoció con los siguientes factores: enfermedad neurológica (OR:5,2 IC95%1,31-20,8; $p = 0,011$), la postración (OR: 7 IC95%: 0,83-59,3; $p = 0,042$), y el no haber tomado antibiótico previo a la extracción (OR: 1,5 IC95%: 1,3-1,75; $p = 0,013$). No se hallaron asociaciones entre la presencia de bacteriemia y otros factores epidemiológicos como la diabetes (OR 3 IC95%0,71-13,21; $p = 0,117$), o el padecer EPOC (ninguno de los 20 pacientes EPOC con NAC presentó bacteriemia). Tampoco se hallaron asociaciones entre variables clínicas como los escalofríos periextracción (OR:1,9 IC95%:0,45-8,27 $p = 0,37$), o el tener una temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$ (OR 0,54 IC95%: 0,15-1,9; $p = 0,47$), y biológicas como presentar $\geq 80\%$ de neutrofilia (OR 0,84, IC95%: 0,22-3,3; $p = 0,8$).

Discusión. La bacteriemia en la neumonía adquirida en la comunidad confiere peor pronóstico al paciente. Hallamos bacteriemia en más del 18% de pacientes y en la mayoría de los casos el *S. pneumoniae* fue agente etiológico más incidente. Los clínicos predicen mal aquellos pacientes con bacteriemia por lo que se hace preciso un modelo de predicción clínica o bien parámetros biológicos sensibles y específicos que sean capaces de seleccionar a los sujetos con esta complicación. En ninguno de los pacientes que tomaron antibiótico antes de la extracción del hemocultivo se constató bacteriemia por lo que creemos que la rentabilidad del hemocultivo en estos pacientes en el Servicio de Urgencia es escasa.

Conclusiones. Un porcentaje no despreciable de NAC diagnosticadas en los Servicios de Urgencias se asocia a bacteriemia por *S. pneumoniae*. Los clínicos predicen mal qué pacientes padecerán bacteriemias. La enfermedad neurológica, la postración en cama y la no toma de antibiótico antes del hemocultivo se asocian a bacteriemia por *S. pneumoniae*.

A-075

TEMPERATURA AMBIENTAL COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE INFECCIÓN

M. Martínez, N. Parra, O. Aguado, R. Salas, R. Coll, C. Fornós, J. Delás y F. Rosell

Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. La exposición a temperaturas ambientales elevadas comporta un aumento en la morbimortalidad de la población frágil. Existe asociación especialmente significativa a procesos que cursan con síndrome febril. La causa más frecuente que subyace al síndrome febril es un proceso infeccioso. El objetivo de este estudio consiste en investigar la relación entre temperaturas ambientales máximas ele-

vadas y el diagnóstico de infección en pacientes que ingresan por síndrome febril.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional de serie de casos sobre 105 pacientes ingresados por síndrome febril (temperatura corporal superior o igual a 38 °C) en Servicios Médicos de un Hospital Universitario de 300 camas, situado en Barcelona ciudad, durante el período del 1 de junio al 31 de agosto del año 2003. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos básicos, prestando especial atención al diagnóstico final. El Servicio Meteorológico de Cataluña para la ciudad de Barcelona proporcionó la temperatura ambiental máxima diaria (TAMD). Para el análisis estadístico se realizaron comparaciones bivariadas (χ^2 , t de Student) y correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r). Para el análisis multivariante se utilizó el procedimiento de regresión logística incluyendo las potenciales variables confusoras en la relación de estudio. Los datos se procesaron mediante el programa SPSS 12.0.

Resultados. Se objetivó una r de 0,24 (p<0,05) para correlación entre número de ingresos febriles diarios (NIFD) en Servicios Médicos y TAMD [media de 32,72 °C (3,37)]. Igualmente se obtuvo significancia (r = 0,59, p<0,05) al correlacionar con la TAMD el NIFD a los que se atribuyó etiología infecciosa como causa del proceso febril (61,90%, 65 pacientes en total). En el análisis bivariado para la relación de estudio, las asociaciones significativas (p<0,05) se establecieron con la TAMD (t = 7,48), temperatura corporal al ingreso (t = 2,54) y sexo (χ^2 = 4,24), mientras que la regresión logística identificó sólo la TAMD como predictor independiente [exp(β) = 2,05 (IC 95%, 1,50-2,80), p<0,05].

Discusión. Durante el período de estudio el continente europeo sufrió una de las peores olas de calor de la historia. En particular, en la ciudad de Barcelona se registraron TAMD anormalmente elevadas para esta época del año, superando la temperatura de ola de calor (32,2 °C) durante 38 días, 15 de los cuales consecutivos. Un estudio previo de nuestro grupo corroboró las afirmaciones de la literatura sobre el papel determinante del ambiente caluroso extremo en el síndrome febril y, en concreto, en el diagnóstico de golpe de calor. A partir de aquí nos planteamos si el resto de diagnósticos atribuidos a los pacientes que ingresaron por síndrome febril, entre ellos las infecciones, fueron mero producto de la casuística o si por el contrario, al igual que el golpe de calor, son consecuencia de la exposición a temperaturas ambientales elevadas. Para el rango de TAMD registrado en el período de estudio [26,1-39,6 °C], el análisis bivariado demostró diferencias significativas entre TAMD y diagnóstico de infección. Pero ¿es realmente la TAMD factor de riesgo independiente para infección? o ¿es una condición que potencia los factores de riesgo clásicamente conocidos para desarrollo de infección? El análisis multivariante, al considerar en conjunto la edad del paciente, el sexo, el número de comorbilidades asociadas y el número de fármacos relacionados con estados de hipertermia por paciente, la temperatura corporal al ingreso y la procedencia del paciente, indica que por cada aumento de una unidad en la TAMD hay un riesgo de 2,05 veces mayor para ser diagnosticado de infección si se padece un proceso febril.

Conclusiones. En el rango de temperaturas estudiado, anormalmente elevado para la ciudad de Barcelona durante el período considerado, la TAMD es factor independiente predictor de infección entre pacientes que presentan síndrome febril. Se precisan estudios para evaluar su comportamiento en otros rangos de temperatura.

A-076

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMPLICADA EN EL SERVICIO DE URGENCIA ¿QUIÉNES SUFREN BACTERIEMIA?

M. Torralba González de Suso, M. de Vicente, Y. Meije, A. Fernández, S. Tello, J. Mateos Hernández, P. Horcajo y M. Rodríguez Zapata

Medicina Interna. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. La infección del tracto urinario (ITU) es una de las causas más frecuentes de atención en los servicios de urgencias. Nuestro objetivo fue analizar la rentabilidad así como la identificación de variables epidemiológicas, clínicas o biológicas que predijesen la aparición de bacteriemia en pacientes con ITU complicada que acudían a un servicio de Urgencias.

Material y métodos. Estudio de casos y controles con recogida prospectiva de variables durante 12 meses. Se extrajeron un total de 81 hemocultivos en sujetos mayores de 14 años con ITU complicada para analizar la incidencia de bacteriemias diagnosticadas en urgencias. Para comparar las variables predictoras de bacteriemia se realizó un estudio de casos y controles. Se compararon 21 pacientes con bacteriemias frente a 60 controles (sin bacteriemia). La razón casos/controles fue de 1:2,8. Se solicitó a los clínicos que indicaban los hemocultivos una probabilidad pre-test de bacteriemia (baja, intermedia o alta).

Resultados. Hallamos bacteriemia en un 25% de los pacientes. En un 16% los hemocultivos estaban contaminados. E. Coli fue el agente etiológico identificado en un 71,4%, Klebsiella pneumoniae en un 14%, enterococo en un 4,7% y otras:9,9%. De nuestra población global ningún paciente era VIH+, 5,1% neutropénicos, 14,1% padecían enfermedad neurológica, 17% padecían enfermedad onco-hematológica, 3,8% eran portadores de marcapasos, válvulas protésicas o implantes protésicos en articulaciones, 10,3% eran portadores de sonda vesical, 10,3% padecían EPOC y 16,7% eran diabéticos. Un 48,5% sufrieron escalofríos periextracción y un 54% estaban postrados en cama. El 41% habían tomado antibióticos antes del hemocultivo. Un 17,3% de los pacientes fueron dados de alta tras la extracción del hemocultivo. La probabilidad pretest de bacteriemia en los clínicos que indicaron el hemocultivo fue de baja: 17,1%, intermedia: 51,4% y alta en 31,4%. Ninguno de los pacientes (17,1%) a quienes los clínicos establecieron una probabilidad baja de bacteriemia la tuvieron. La única variable que se asoció con bacteriemia fue la postración en cama (OR 3,5 IC95%: 1,006-12,4 p = 0,042). La toma de tratamiento antibiótico se comportaba como factor protector de bacteriemia (OR:0,32 IC95%: 0,105-1; p = 0,045).

Discusión. La extracción de hemocultivos en los servicios de urgencia es una técnica invasiva, y que consume tiempo, fundamentalmente de enfermería. Las únicas variables que se asociaron en nuestro estudio fueron el estado de postración del paciente en la cama y la ausencia de tratamiento antibiótico. No hubo asociación con otras variables clínicas (escalofríos, temperatura alta), epidemiológicas (diabetes, portador de sonda vesical) ni biológicas (leucocitos, fibrinógeno, neutrofilia, etc). No se detectó bacteriemia en aquellos pacientes en quienes se consideraba baja la probabilidad a priori de hemocultivos positivos. El clínico es predice mejor aquellos pacientes que no tendrán bacteriemia frente a aquellos que la padecerán.

Conclusiones. La rentabilidad de la extracción de hemocultivos en los servicios de urgencias de pacientes con ITU complicada es alta (25%). Los clínicos predicen bien qué pacientes no tendrán bacteriemia. La postración en cama y el no estar en tratamiento antibiótico se asocia con una mayor probabilidad de bacteriemia.

A-077

COMPORTAMIENTO BIMODAL DE LA TEMPERATURA AMBIENTAL COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE PARA INFECCIÓN

N. Parra¹, J. Villasenín¹, M. Martínez¹, R. García Penche², R. Salas¹, R. Coll¹, J. Delás¹ y F. Abaurrea¹

¹Medicina Interna, ²Comité de Infecciosas. Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. La temperatura ambiental, en rangos anormalmente elevados que comprenden períodos de ola de calor, se comporta como factor predictor independiente de infección entre pacientes que cursan con síndrome febril. El objetivo del estudio consiste en evaluar este comportamiento para rangos moderados de temperatura propios del verano mediterráneo.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional de serie de casos sobre 242 pacientes ingresados por síndrome febril (temperatura corporal superior o igual a 38 °C) en Servicios Médicos de un Hospital Universitario de 300 camas, situado en Barcelona ciudad. De los 242 pacientes, 105 (serie A) procedían de un estudio anterior realizado por nuestro grupo que evaluaba la relación entre temperatura ambiental e infección que cursa con síndrome febril para el período del 1 de Junio al 31 de agosto del 2003. Los restantes (serie B: 137 casos) se obtuvieron de una serie homogénea recogida durante el mismo período de estudio conjunto para el año 2004 y 2005. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos básicos,

prestando especial atención al diagnóstico final. El Servicio Meteorológico de Cataluña para la ciudad de Barcelona proporcionó la temperatura ambiental máxima diaria (TAMD). Para el análisis estadístico se realizaron comparaciones bivariadas (χ^2 , t de Student) y correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r). Para el análisis multivariante se utilizó el procedimiento de regresión logística incluyendo las potenciales variables confusoras en la relación de estudio. Se realizó el test de ANOVA en la homogeneidad de series y finalmente se ofrecieron resultados derivados de la curva receiver-operating characteristic (ROC) para los valores conjuntos de TAMD y diagnóstico de infección. Los datos se procesaron mediante el programa SPSS 12.0.

Resultados. Los resultados parciales obtenidos para la serie A se presentan y discuten en un estudio anterior de nuestro grupo. Al repetir el mismo procedimiento en la serie B [TAMD media de 29,28 °C (3.39); 57.66% diagnósticos de infección (79 en total)], el análisis bivariado mostró asociación significativa para la procedencia ($\chi^2 = 6.95$, $p < 0,05$) mientras que la regresión logística no identificó ninguna variable independiente en la relación de estudio. En el estudio de homogeneidad del global de los pacientes incluidos (242) las únicas diferencias significativas encontradas fueron para el porcentaje de diagnósticos de infección ($\chi^2 = 8.35$, $p < 0,05$) y TAMD ($F = 21.12$, $p < 0,05$). Al integrar los valores de TAMD y presencia de infección en el total de pacientes, la curva ROC ofreció un área bajo la curva de 0,64 (IC 95%, 0,57-0,70) y fijó el punto de corte de TAMD en 31,1°C con valor predictivo positivo de 74,80.

Discusión. El estudio previo realizado por nuestro grupo sobre la serie A establecía que la temperatura ambiental en el rango de estudio [26,1 - 39,6 °C], anormalmente elevado para lo habitual del verano mediterráneo, actuaba como factor predictor independiente para infección entre pacientes que cursaban con síndrome febril. No se ha objetivado relación alguna entre la TAMD y el diagnóstico de infección en los pacientes reclutados en la serie B, a pesar de que en el estudio de homogeneidad de series no se aprecian diferencias significativas entre características sociodemográficas básicas. Sí que las hay en cuanto a TAMD y diagnósticos de infección a favor de la serie A. Por tanto, si la relación lineal positiva entre TAMD e infección y su papel predictor independiente sólo se objetiva para la serie A, debe existir un valor de TAMD a partir del cual se dicotomice el comportamiento observado. Para el rango de TAMD registrado en el período global de estudio [19,3 - 39,6 °C], los resultados derivados de la curva ROC establecen este valor en 31,1 °C.

Conclusiones. La TAMD presenta un comportamiento bimodal como predictor independiente de infección en función del rango de temperaturas que se considere. Para Barcelona ciudad este efecto debería tenerse presente a partir de 31,1 °C. No obstante, se precisan estudios para evaluar el comportamiento en épocas frías.

A-078

EXPERIENCIA CON LA COMBINACIÓN DDI-TENOFOVIR EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Colomina Avilés¹, C. Delibes Senna Cheribbo¹, E. Arroyo Domingo², A. Belso Candela¹, C. Galvañ Moro¹, J. del Pino Cuadrado¹ y R. Pascual Pérez¹

¹Medicina Interna. General. Elda, Alicante. ²Farmacia. General de Elda. Elda, Alicante.

Objetivos. Valorar de forma retrospectiva las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los pacientes con infección por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) que han iniciado la combinación DDI (didanosina) y tenofovir en su TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad).

Material y métodos. Detección de los pacientes con la combinación DDI-tenofovir a través de los registros de dispensación de farmacia; posteriormente, revisión de las historias clínicas para incluir sólo pacientes que han tomado al menos 3 meses la combinación y dispongan de un control de carga viral plasmática (CVP) y niveles de linfocitos CD4 en sangre. Descripción de los rasgos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio.

Resultados. A 28 pacientes se les pautó la combinación DDI-tenofovir. Se han descartado 8 pacientes por no tener ningún control o no haber tomado la combinación. La edad media era de 41 ± 7 años. 80% eran varones. Vías de transmisión del VIH: 60% ex

usuarios de drogas vía parenteral (UDVP), heterosexual 25% y homosexual 15%. Estadio CDC: C3 (8 pacientes), B3 (7 pacientes), A3 (2), B2 (2) y A2 (1). 9 pacientes habían recibido previamente terapia con análogos de los nucleósidos (7 de estos monoterapia previa). 11 pacientes habían tomado un TARGA, y 4 más de uno. La indicación de la combinación fue: fracaso terapéutico (12 casos), naive (3 casos), simplificación (2), evitar estavudina (2) y un caso de simplificación y evitación de estavudina. Las combinaciones de análogos de mayor uso fueron: 8 con zidovudina y lamivudina y 5 con estavudina y lamivudina; asociados a indinavir (5 pacientes), nelfinavir y efavirenz en 4 pacientes respectivamente. Los niveles de linfocitos CD4 previos al inicio de la combinación fueron de 259 ± 197/μL. La CVP fue de 4,55 ± 1,2 log₁₀ si se excluyen los 3 casos con CVP indetectable (< 1,7 log₁₀) o 236179 ± 385396 (rango 0-1520000) copias RNA/mL si no se excluyen. Se asoció efavirenz a 10 pacientes, lopinavir/ritonavir a 9, y amprenavir/ritonavir a uno. La dosis de DDI fue de 250 mg en 18 pacientes y de 400 mg en el resto. Tras un seguimiento medio de 16,3 ± 7,2 meses (rango 5-27) la combinación se suspendió por fracaso en 5 pacientes. De los 15 pacientes con un seguimiento medio de 18,5 meses (rango 5-27) en 11 pacientes la CVP fue indetectable en el último control registrado, en 3 menor de 400 copias y uno tenía 1000 copias (basal 7000). Un paciente con CVP indetectable al 6º mes se ha perdido en el seguimiento. El nivel medio de linfocitos CD4 del último control en los pacientes que siguen en la combinación fue 351 ± 144/μL (rango 165-616); sólo un paciente presentó descenso de CD4 sin complicaciones clínicas. De los 5 pacientes en fracaso virológico, 4 de ellos tenían menos de 200 linfocitos CD4 basales y 2 eran naives.

Discusión. Varios estudios muy recientes han alertado del peligro de fracaso con la combinación DDI-tenofovir en pacientes naive, aunque se combine con fármacos potentes como lopinavir/ritonavir o efavirenz, sobretudo en pacientes con menos de 200 CD4 y CVP elevadas. Aunque con solo 3 pacientes naive, este peligro es evidente, pues fracasan 2 de 3, así como, el riesgo de tener niveles de linfocitos CD4 < de 200 (4 de 5 fracasos). Sin embargo, en el paciente tratado hemos alcanzado un control aceptable en el 70% de los pacientes (CVP < 400) con una elevación cercana a 100 linfocitos CD4/μL tras un seguimiento medio de 18 meses.

Conclusiones. La combinación DDI-tenofovir asociada a efavirenz o lopinavir/ritonavir en nuestros pacientes VIH previamente tratados y con más de 200 linfocitos CD4 es una opción terapéutica aceptable; si bien se necesitan estudios con mayor número de pacientes y seguimiento para confirmar estos hallazgos.

A-079

INFECCIÓN PLEUROPULMONAR POR NOCARDIA CYRIACIGEORGICI EN PACIENTE CON VASCULITIS SISTÉMICA

M. Egurbide Arberas, A. Ugarte Núñez, A. Martínez Berriotxo, A. Epalza Bueno, G. Ruiz Irastorza y C. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Objetivos. Revisión de la bibliografía sobre infecciones por *Nocardia cyriacigeorgici* en pacientes inmunocomprometidos, a propósito de un caso.

Material y métodos. Comunicación de caso clínico y revisión bibliográfica en MEDLINE, palabras clave: Nocardiosis, *Nocardia cyriacigeorgici*, pleural effusion, pulmonary infection, opportunistic infection.

Resultados. Varón de 58 años, diagnosticado de vasculitis sistémica pANCA(+), con biopsia compatible con micropoliangeititis, y en tratamiento con ciclofosfamida y prednisona. Ingresó por síndrome febril, con diagnóstico inicial de neumonía basal derecha. Buena respuesta inicial con ceftriaxona. Reingresa una semana después por nuevo episodio febril, con dolor pleurítico en hemitórax derecho, observándose en TC torácico empiema en seno cardiofrénico derecho y aparición de tres nódulos pulmonares en base pleural derecha con engrosamiento pleural. Se obtuvieron, mediante punción guiada por ecografía, muestras para cultivo procedentes del empiema, de uno de los nódulos pulmonares y del engrosamiento pleural. La tinción de Gram demostró la existencia de bacilos grampositivos ramificados compatibles con *Nocardia* sp. en la muestra precedente

del engrosamiento pleural, confirmando mediante cultivo la infección por *Nocardia cyriacigeorgici*. Se inició tratamiento antibiótico con imipenem, añadiéndose cotrimoxazol i.v. una vez conocido el resultado de los cultivos. Se completaron tres semanas de tratamiento antibiótico i.v. y posteriormente se mantuvo cotrimoxazol oral, que hubo de suspenderse por hipertransaminasemia, sustituyéndose por minociclina. Asimismo, se suspendió el tratamiento con ciclofosfamida. La evolución ha sido favorable, quedando afebril, con desaparición del dolor pleurítico y con mejoría radiológica en TC de control.

Discusión. *Nocardia* es un actinomiceto aerobio grampositivo, con morfología filamentosamente ramificada, débilmente acidorresistente, ubicuo en el suelo. La nocardiosis se produce con mayor frecuencia en pacientes con depresión de la inmunidad celular. La especie más frecuentemente aislada es *N. asteroides*, aunque existen otras especies patógenas (*N. nova*, *N. farcinica*, *N. brasiliensis*, *N. transvaalensis*, *N. otitidiscaviarum*), algunas de las cuales han sido identificadas recientemente, como *N. cyriacigeorgici*, descrita en 2001. Las localizaciones cutánea y pleuropulmonar son las más frecuentes, aunque en caso de diseminación la infección puede manifestarse en otros lugares, generalmente en forma de lesiones abscesificadas. Es frecuente que la infección pleuropulmonar cause sintomatología subaguda o insidiosa. Se trata de microorganismos de crecimiento lento en medios de cultivo estándar (5-21 días), por lo que puede ser necesaria la toma de múltiples muestras para cultivo y el empleo de incubación prolongada o de medios enriquecidos. El tratamiento de elección es el cotrimoxazol, aunque en caso de inmunodepresión o infección grave es aconsejable asociar imipenem o amikacina; en caso de afección del SNC debe sustituirse el imipenem por ceftriaxona o cefotaxima. Generalmente, se instaura tratamiento i.v. durante 3-4 semanas y posteriormente se mantiene tratamiento oral hasta completar 3 meses (formas cutáneas) o 6-12 meses (formas pleuropulmonares y sistémicas). Minociclina, levofloxacino, amoxicilina-clavulánico o linezolid pueden ser alternativas terapéuticas en ciertos casos. *Nocardia cyriacigeorgici* es una especie raramente aislada. Según nuestro conocimiento, tras la revisión en MEDLINE realizada, este es el primer caso comunicado en nuestro país. Desde un punto de vista clínico y pronóstico, la infección por *N. cyriacigeorgici* no presenta grandes diferencias con respecto a *N. asteroides*.

Conclusiones. La infección por *Nocardia* debe sospecharse en pacientes con lesiones abscesificantes pleuropulmonares de curso subagudo o insidioso, especialmente si existe depresión de la inmunidad celular. *Nocardia cyriacigeorgici* es un patógeno infrecuente, cuya infección presenta unas características similares a la infección por *Nocardia asteroides*.

A-080 FUNCIONALISMO HEPÁTICO ANTES Y DESPUÉS DE INICIAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON ATAZANAVIR

B. Roca¹, M. Peris², J. Ventura³, Y. Cañado², N. Tornador² y M. Aguilar²

¹Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Castellón. Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia. Castellón y Valencia. ²Medicina Interna, ³Farmacia. Hospital General. Castellón.

Objetivos. Atazanavir es un inhibidor de la proteasa del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), probablemente con menos efectos secundarios que otros fármacos del mismo grupo. La hiperbilirrubinemia es uno de los efectos adversos más conocidos de dicho fármaco, pero todavía son necesarios más estudios para conocer su auténtico perfil de seguridad. En este estudio pretendemos determinar la magnitud de la hiperbilirrubinemia que provoca atazanavir, así como evaluar la posible producción de otras modalidades de disfunción hepática por el mismo medicamento.

Material y métodos. En una cohorte de pacientes con infección por el VIH hemos comparado los niveles séricos de bilirrubina y de enzimas hepáticas antes y después de iniciar modalidades de tratamiento antirretroviral que incluyen atazanavir. También hemos evaluado la respuesta de la carga viral y del recuento de linfocitos CD4 a dicho tratamiento.

Resultados. Hemos incluido a un total de 25 pacientes. Todos ellos habían recibido, antes de iniciar este estudio, otras modalidades de

tratamiento antirretroviral. Todos los tratamientos utilizados se encuentran entre los recomendados por los comités internacionales de expertos. La mediana (y el rango intercuartil) de la edad de los pacientes es de 39 (34-42) años; 19 (76%) son varones; 15 (60%) tienen como principal factor de riesgo de infección por el VIH la adición a las drogas parenterales; 16 (64%) están coinfectados por el virus de la hepatitis C. Dos de los pacientes (8%) han interrumpido el tratamiento con atazanavir antes de haberlo tomado durante 10 días: uno de ellos por presentar ictericia y el otro por presentar vómitos. Un paciente (4%) ha fallecido, a causa de una leishmaniasis visceral, tres meses después de iniciar el tratamiento. Están disponibles los resultados completos de los análisis de 23 pacientes; a continuación se resumen dichos datos del modo siguiente: mediana de los resultados antes y después de iniciar el tratamiento con atazanavir (y grado de significancia de la diferencia, según la prueba de Wilcoxon de rangos señalados y pares igualados para dos muestras dependientes): bilirrubina total, mg/dl: 0,63 y 1,25 (P = 0,000); alanin-aminotransferasa, UI/l: 44 y 39 (P = 0,131); fosfatasa alcalina, UI/l: 159 y 84 (P = 0,001); ARN del VIH, log₁₀ de las copias/ml: 3,56 y 1,49 (P = 0,000); y recuento de linfocitos CD4, células por mm³: 209 y 266 (P = 0,046). Antes de iniciar el tratamiento con atazanavir los niveles de alanin-aminotransferasa son > 100 UI/l en dos pacientes (9%), y después de iniciar dicho tratamiento tales niveles son > 100 UI/l en siete pacientes (prueba de Ji-al cuadrado, P = 0,137). La correlación entre la variación de la bilirrubina total y la variación de la alanin-aminotransferasa es aceptable (prueba de la correlación de Pearson: 0,45, P = 0,036).

Conclusiones. Atazanavir produce un ligero aumento de los niveles séricos de bilirrubina. Son necesarios estudios más amplios para evaluar otros posibles efectos hepatotóxicos del fármaco.

A-081 BRUCELOSIS EN EL HOSPITAL «DOCE DE OCTUBRE» EN 2003-2005

J. García Sánchez, A. Carlavilla Martínez, C. García Blázquez Pérez y B. Alonso Castañeda

Medicina Interna. Doce de Octubre. Madrid.

Objetivos. Describir el perfil epidemiológico, clínica, diagnóstico y manejo terapéutico de los pacientes que ingresan en nuestro hospital y son diagnosticados de brucelosis.

Material y métodos. Se obtuvieron en el Registro informático del hospital 5 casos con diagnóstico principal o secundario de brucelosis, ingresados en el hospital entre el 1-1-03 hasta el 26-8-05. Se recuperaron las historias clínicas y se estudiaron 20 variables en relación con las características del proceso infeccioso.

Resultados. La edad media era de 47,2 años (el más joven 35 y el mayor 66) y 4 de los 5 pacientes (80%) eran varones. Tres pacientes eran inmigrantes (2 marroquíes y un rumano) y habían trabajado en la ganadería y otro más vivía en medio rural. El motivo de ingreso más frecuente fue un síndrome febril prolongado (4 de 5) y otro paciente ingresó por masa testicular. La afectación hepática existía en los 4 casos que ingresaron por fiebre, tanto a nivel analítico (citólisis más que colestasis) como en pruebas de imagen (hepatomegalia ecográfica). Un paciente presentó hiperesplenismo una descompensación hidrópica de su hepatopatía, otro tuvo abscesos esplénicos y otro fue sometido a orquiectomía por orquitis necrotizante. En el diagnóstico, los hemocultivos fueron positivos en 3 de los 5 casos, otro fue diagnosticado tras detección de ADN de *Bruceella* por PCR en tejidos y otro sólo por serología (Rosa de Bengala, aglutinación y Coombs). Los tratamientos utilizados incluyeron siempre doxiciclina y en 4 de los 5 pacientes un aminoglucósido (gentamicina o estreptomina), mientras que en otro se añadió rifampicina. La evolución fue favorable en todos los casos, tanto clínica como analítica y serológicamente.

Discusión. El cuadro clínico que más obliga a descartar brucelosis en el paciente ingresado sigue siendo la fiebre prolongada y la afectación hepática es un dato casi constante en estos pacientes. Por otro lado, los inmigrantes parece que pudieran tener más incidencia de brucelosis en nuestro medio, bien porque se dediquen a labores rurales o por menor nivel socio-sanitario. La alta incidencia de hemocultivos positivos llama la atención, más si tenemos en cuenta que en ninguno de los casos se incubaron más de 5 días; es posible que si la sospecha es más alta y se incuban más tiempo, la rentabili-

Pacientes con brucelosis. (A-081).

| | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 | Paciente 5 |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Síntomas | Masa testicular | Fiebre y edemas MMII | Fiebre | Fiebre | Fiebre |
| Análítica | Leucocitosis | Panцитopenia y citolisis hepática | Citolisis y colestasis hepática | Citolisis hepática | Citolisis hepática |
| Pruebas de imagen | Absceso testicular | Hepatoesplenomegalia | Hepatoesplenomegalia | Abscesos esplénicos | Esplenomegalia |
| Hemocultivos | 0/8 | 1/2 | 1/2 | 0/4 | 1/2 |
| Título de aglutinación | > 640 | > 640 | | 1.280 | > 2.560 |
| Tratamiento antibiótico | Doxiciclina y rifampicina | Doxiciclina y gentamicina | Doxiciclina y gentamicina | Doxiciclina y estreptomina | Doxiciclina y estreptomina |
| Evolución | Favorable | Favorable | Favorable | Favorable | Favorable |

dad sea mayor aun, quedando la serología más para el seguimiento que para el diagnóstico. Otra posible interpretación es que la baja sospecha de brucelosis convierte su diagnóstico en un hallazgo en los hemocultivos.

Conclusiones. Ante un paciente con síndrome febril prolongado y citolisis hepática se debe incluir en el diagnóstico diferencial la brucelosis y solicitar hemocultivos de incubación algo más larga de lo habitual además de la serología. El tratamiento clásico con tetraciclinas y aminoglicósidos sigue siendo el más utilizado y presenta unos buenos resultados.

Tabla 2. Perfil de riesgo según criterios NCEP-III. Cifras c-LDL (mg/dl).

| | < 100 | 101-130 | 131-160 | 161-190 | > 190 | Individuos tratables |
|----------------------------|------------|------------|-----------|----------|----------|----------------------|
| 0-1 Factores de riesgo | 25 | 6 | 7 | 1 | 1 | 1 (2,5%) |
| 2 o más factores de riesgo | 6 | 3 | 1 | 3 | 0 | 4 (30,7%) |
| Cardiopatía isquémica | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 (100%) |
| Total (% cohorte) | 31 (57,4%) | 10 (18,5%) | 8 (14,8%) | 4 (7,4%) | 1 (1,8%) | 6 (11,1%) |

A-082

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE SEGÚN EL NCEP-III EN INDIVIDUOS PORTADORES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

L. Ferrer, J. Meco, E. Güell, T. Cata, L. Villega y F. Ferrer Ruscalleda

S. Medicina Interna. H. Dos de Maig. Barcelona.

Objetivos. Análisis de los factores de riesgo para enfermedad vascular (EV) en pacientes VIH y de la indicación de tratamiento según su grado de riesgo vascular.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes VIH. Se analizaron factores demográficos, factores de riesgo de EV y perfil lipídico. Se evaluó su grado de riesgo vascular según criterios NCEP-III (JAMA 2001; 285:2486-97).

Resultados. Un total de 80 pacientes VIH son controlados en nuestro servicio, el 91,2% sigue tratamiento antirretroviral de alta actividad. En sólo 54 (68%) de éstos se realiza un control analítico completo sobre el perfil lipídico de forma regular pudiéndose obtener una correcta estratificación según factores de riesgo EV (datos en tabla 1). La totalidad, 100%, de los pacientes identificados como de alto riesgo reciben tratamiento hipolipemiente (datos en la tabla 2)

Conclusiones. 1) No se realiza un adecuado control lipídico en pacientes VIH a pesar de ser bien conocido el efecto adverso de la mayoría de los fármacos antirretrovirales sobre el metabolismo lipídico. Estos pacientes deberían guiarse, al menos como el resto de la población, por criterios de tratamiento que disminuyan los factores de riesgo para EV. 2) Si se evalúa el nivel de riesgo para EV en estos pacientes según criterios aceptados (NCEP-III) se consigue identificar aquellos que requieren tratamiento hipolipemiente y así disminuir el riesgo de padecer enfermedad vascular de origen aterotrombótico.

Tabla 1. Características de los pacientes.

| | Global (n = 54) | Varones (n = 43) | Mujeres (n = 11) |
|-----------------------|-----------------|------------------|------------------|
| Edad | 50,0±27 | 50,0±27 | 43,1±20 |
| Fumadores | 68% | 72% | 54% |
| Hipertensión arterial | 14,8% | 11,6% | 27% |
| Diabetes | 9,2% | 11,6% | 0% |
| Cardiopatía isquémica | 1,8% | 2,3% | 0% |
| c-LDL (mg/dl) | 58,5±45 | 106±93 | 112±63 |
| c-HDL (mg/dl) | 42±34 | 84±76 | 50±36 |
| TG (mg/dl) | 517,5±462 | 517±462 | 421±359 |

A-083

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL POR PULSOS: ¿UNA ACTITUD SEGURA?

J. Lacruz², E. Vicente Rubio¹, M. Salavert Lletí², V. Navarro Ibáñez², M. Blanes Julia², C. Falco Couchoud² y J. López Aldeguer

¹Medicina Interna. Hospital Universitario San Juan. San Juan, Alicante. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. La Fe. Valencia.

Objetivos. El objetivo del tratamiento por pulsos es mantener los CD4 dentro de una banda de seguridad para que no aparezcan enfermedades oportunistas. Los periodos de descanso sirven para reducir los efectos adversos y reforzar la adhesión al tratamiento. Conocer las variaciones de los parámetros inmunológicos, virológicos y la evolución clínica de los pacientes con infección crónica por VIH incluidos en una estrategia terapéutica por pulsos.

Material y métodos. Se trata de un estudio prospectivo y no aleatorizado. Pacientes VIH controlados inmunológicamente con TARV se les retira el tratamiento y se realizaron controles para monitorizar las cifras de CD4 de tal forma que si esta desciende por debajo de 250 cels/μL se vuelve a introducir el mismo TARGE que llevaba el paciente antes de la interrupción, iniciando entonces el primer «pulso terapéutico». El TARV se mantendrá hasta que la cifra de CD4 ascienda a 400 cels/μL y tras ello se reinicia un segundo periodo de retirada de tratamiento hasta que la cifra de CD4 descienda a 250 cels/μL.

Resultados. De los 47 pacientes había 28 hombres (61%) y 19 mujeres (39%). El 50% de los pacientes se mantuvo sin tratamiento una mediana de 16 (9-23). Se estudiaron los factores predictivos de permanecer sin TARV y se observó una correlación estadísticamente significativa para el nadir de CD4 previo (r = 0,359 p = 0,014). No se encontró correlación significativa entre el resto de factores estudiados: años de infección, CD4 antes de la interrupción y CV antes de la interrupción. Los pacientes con un nadir < 250 cels/μL permanecían sin tratamiento una mediana de 10 (5-15) meses frente a los 19 (12-26) meses que permanecían sin tratamiento cuando se partía de un nadir de CD4 > 250 cels/μL (log rank = 0,0019) y este último grupo tiene 5 (IC95% 1-20) y 8 (IC95% 1-41) veces más posibilidades de permanecer más de 6 y 12 meses en VT, respectivamente. Durante este periodo de VT se describieron 5 casos (10,2%) de infecciones oportunistas: 1 tipo C y 4 tipo B. Se produjo un éxito por meningitis criptocócica con cifras de CD4 > 400. En 33 pacientes (67,3%) fue preciso reiniciar el tratamiento, de este grupo, 25 (76%) pacientes todavía continúan con el tratamiento y 7 (21%) han podido suspender el tratamiento. En el 1º pulso se des-

cribieron 7 infecciones oportunistas (21.2%): 3 tipo C y 4 tipo B. Se produjo un éxito por una neumonía por SAMR.

Conclusiones. La interrupción del TARV reproduce la historia natural de la enfermedad: caída de CD4, aumento de la carga viral y en nuestro estudio la aparición de infecciones oportunistas. El nadir de CD4 (< 250 cels/ μ L) es el único factor predictivo de la necesidad de reintroducir el tratamiento. La duración de la infección por VIH, los CD4 previos a la interrupción y la carga viral no influyeron en la respuesta a la interrupción del tratamiento. La incidencia de infecciones oportunistas y de mortalidad global (4%) fueron elevadas aunque en la mayoría de los casos se produjo con cifras de CD4 por encima de 450 cels. El tratamiento por pulsos es una estrategia que sólo sería recomendable en pacientes cuyo nadir de CD4 sea > 250 cels.

A-084

SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES VIH

J. Cuadrado Pastor¹, E. Vicente Rubio¹, P. Roig Rico¹, F. Jover Díaz¹, S. Martínez Tudela¹ y M. Pardo²

¹Medicina Interna. Universitario San Juan, Alicante. ²Farmacia, San Juan, Alicante.

Objetivos. El tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) ha reducido la morbimortalidad de la infección VIH. Sin embargo, se han descrito alteraciones metabólicas a largo plazo como dislipemias alteración en la grasa corporal así como hipertensión e insulino-resistencia. Se ha descrito recientemente un aumento del riesgo para enfermedad cardiovascular en testos pacientes.

Material y métodos. Se incluyeron de manera retrospectiva pacientes con infección VIH vistos en consultas externas de la Unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro hospital desde noviembre del 2004 hasta Abril del 2005 en un estudio observacional y prospectivo. Se recogieron variables como edad, sexo, estadio de infección VIH, grupo de riesgo, exposición a antiretrovirales, lipodistrofia, IMC, factores de riesgo cardiovascular y criterios para síndrome metabólico según los criterios de la ATP III.

Resultados. Se incluyeron 60 pacientes con infección VIH. La mediana de edad fue de 41.52 años, EL 83.3% eran hombres. La media de tiempo de infección VIH fue de 8.6 años. Veinte pacientes (33.3%) presentaban un estadio C. La mayoría de ellos (95%) tenían exposición a TARGA: El habito tabaquico fue el factor de riesgo cardiovascular más prevalente (61.1%)El 20% tenían antecedentes familiares de riesgo cardiovascular. Dos pacientes presentaron eventos cardiovasculares: una trombosis de la arteria femoral y un infarto isquémico. La presencia de lipodistrofia fue del 45% de los pacientes. De todos los enfermos incluidos en el estudio, nueve (16.6%) cumplían criterios de síndrome metabólico.

Conclusiones. Hemos encontrado una prevalencia similar de síndrome metabólico en pacientes VIH. Hay un elevada prevalencia de tabaquismo entre los pacientes VIH. La mayoría de los pacientes habían estado expuestos previamente a TARGA. Debido a la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en este grupo de pacientes debe ser evaluada la presencia de síndrome metabólico en pacientes con infección VIH.

A-085

COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA: ¿CADA VEZ MÁS FRECUENTE?

A. Jimeno Sáinz¹, L. Guerrero¹, E. Bejarano¹, E. Molina¹, A. Artal², B. Remacha² y C. Cebrián³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Sección de Digestivo, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza.

Objetivos. Valorar la incidencia de CP en el hospital Ernest Lluch de Calatayud, así como las características clínicas, el diagnóstico, los fármacos implicados y las posibles complicaciones de dicha patología.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de CP en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud, en un periodo comprendido entre los años 2000 y 2004. Se estudiaron las manifestaciones clínicas, los fármacos impliados, los motivos de su uso, el diagnóstico, así como su evolución.

Resultados. Se obtuvieron un total de 5 casos diagnosticados por colonoscopia y biopsia ó toxina de Clostridium difficile (CD) positiva. La media de edad fue de 77,4 años. La relación sexo fue 3 hombres/2 mujeres. El 100% de los casos tenían enfermedades crónicas (2 casos de Alzheimer, 1 neoplasia de laringe, 2 enfermedades cardiovasculares). Entre las manifestaciones clínicas destacaban: El 100% de los casos tuvieron diarrea (2 con sangre y 1 con moco), dolor abdominal (1/5), distensión abdominal (1/5). Todos los pacientes habían ingresado en un centro hospitalario previamente (3 en nuestro hospital y 2 en otros). Las causas del uso de antibióticos fueron: infección urinaria (2/5) e infección respiratoria no neumónica (3/5). Los antibióticos implicados fueron: Amoxicilina/clavulánico (2/5), quinolonas (3/5, dos con ciprofloxacino y un caso norfloxacino). La media del inicio de los síntomas fue 5,6 días. Se realizó hemocultivos a 4 de los 5 casos, no existiendo bacteriemia en ninguno de ellos. 4 de los 5 casos se realizó colonoscopia (parcial (3 casos) y total (1 caso), siendo en 2 casos colitis moderada, un caso leve y otro severa. En todos los casos en el coproactivo no se objetivó patógeno alguno. Se realizó toxina de CD en 4 de los 5 casos y fue positiva en tres de ellos. En todos los casos se suspendió el fármaco y se inició tratamiento con metronidazol en 4/5. La evolución fue favorable en 4 de los 5 casos, Un caso recidivó. 4 pacientes fallecieron y sólo en un caso la causa fue por megacolon tóxico.

Discusión. El CD es un bacilo grampositivo anaeróbico formador de esporas y es el patógeno más frecuente asociado a CS. Las esporas se adquieren por vía fecal oral y son frecuentes sus manifestaciones clínicas en pacientes hospitalizados que han recibido tratamiento antibiótico. Existen distintos métodos para el diagnóstico de la colitis por CD, demostración de toxinas en heces (detección de la citotoxina B, ELISA, detecta toxina A y/o B e inmunocromatografía, detecta la toxina A), detección del CD en heces (cultivo, PCR, aglutinación de látex) o evidencia endoscópica de CS cuya sensibilidad y especificidad difieren. Un caso cursó con negatividad de toxina CD aunque el diagnóstico fue anatomopatológico. Dicho caso podría tratarse, como han descrito algunos autores, de una cepa de CD toxina A negativa, toxina B positiva no detectada por la técnica disponible en nuestro medio. No obstante, como otros trabajos publicados pudiese depender de que la cantidad de toxina (A ó B) fuese pequeña < 100 pg, y por lo tanto no pudiese ser detectada. En cuanto al tratamiento se optó por el uso de metronidazol, que si bien es tan efectivo como la vancomicina, evita las resistencias a enterococo y es más barato. En nuestro estudio ningún pacientew falleció por colitis fulminante.

Conclusiones. En nuestro hospital, la CP es una entidad poco frecuente. Las manifestaciones clínicas más frecuentes sigue siendo la diarrea con productos patológicos. En nuestro caso, los fármacos implicados fueron las quinolonas y menos frecuentemente los betalactamicos. Todos los casos fueron tratados con retirada del fármaco y el 80% de los casos evolucionó de forma favorable con metronidazol. A pesar de la baja incidencia de CP en nuestro hospital, dado que cada vez es más frecuente el uso antibióticos entre ellos de quinolonas, preconizamos el uso racional de dichos fármacos que en determinadas situaciones provocan complicaciones graves

A-086

EFICACIA Y TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DE GRAN EFICACIA (TARGA) EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SIN TRATAMIENTO PREVIO

M. Torralba González de Suso¹, L. Tamargo², V. Moreno², R. Rubio García², J. Costa² y A. del Palacio²

¹Servicio de Medicina Interna. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara (Guadalajara). ²Unidad VIH. Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El TARGA ha supuesto una reducción drástica de la morbimortalidad en los pacientes con infección por VIH. Nuestro objetivo es analizar la evolución clínica, inmunológica y virológica de los pacientes que iniciaban por vez primera el TARGA y analizar las causas de suspensión del primer tratamiento.

Material y métodos. Estudio de intervención no aleatoria (cuasiexperimental) prospectivo analítico. Se seleccionó una muestra aleatoria de 196 pacientes que iniciaban TARGA en la Unidad VIH del

Hospital 12 de Octubre a partir de 1996 hasta el 2004. Se excluyeron los éxitos. Los pacientes fueron vistos periódicamente cada 4 meses donde se analizaban variables clínicas, inmunológicas (CD4) y virológicas (carga viral). Los pacientes se censuraban si existía fracaso virológico, pérdida de seguimiento (falta de 2 visitas consecutivas), simplificación a otros fármacos, cambio por toxicidad o falta de adherencia (suspensión del tratamiento durante un más de un mes).

Resultados. El 68% eran varones con una mediana de edad de 36 años (intervalo intercuartil (IIC): 31,9-40,7). La vía de transmisión fue en un 44,4% por adicción a drogas por vía parenteral, un 19,4% homosexuales y un 32,1% heterosexual. El 28,6% habían sufrido una enfermedad definitiva de SIDA y un 56,8% habían tenido menos de 200 CD4/ml antes de iniciar el TARGA. La mediana de seguimiento fue de 14,85 meses (IIC: 5-39,7 meses). El 42,3% de los pacientes iniciaron tratamiento con análogo no nucleósido de la transcriptasa inversa (NNRTI) y el 50,5% con un inhibidor de la proteasa (IP) y el resto con tres análogos de la transcriptasa inversa. Un 4,6% de los pacientes tuvieron un evento definitivo de SIDA después del inicio del TARGA. La mediana de incremento de CD4 en el primero, segundo, tercer y cuarto años fue de 172, 253, 323 y 338 cel CD4/ml respectivamente. El porcentaje con carga viral de menos de 50 copias/ml en los primeros 4 años tras el TARGA fue de: 79%, 82%, 83% y 91% respectivamente. Las causas de la censura fueron: Pérdida de seguimiento: 16,7%, fracaso virológico: 4,7%, toxicidad o intolerancia al primer TARGA: 14,1%, falta de adherencia: 8,3%, simplificación: 7,8%, otras causas: (inclusión en ensayo clínico, embarazo, etc): 10,4%. Se realizó un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) mediante de regresión de Cox para comparar la evolución de los pacientes y el tiempo hasta la censura (fracaso virológico, toxicidad o mala adherencia) en función de si se iniciaba tratamiento con NNRTI respecto de IP. Los pacientes que iniciaban tratamiento con NNRTI mostraban un mejor comportamiento (OR: 1,89 IC95%: 0,991-3,621, p = 0,053).

Discusión. El TARGA ha supuesto un avance extraordinario en cambiar la historia natural de la infección por el VIH. En nuestra cohorte la respuesta clínica es similar a otros estudios con aparición de SIDA tras el comienzo del TARGA en un 4,5% de pacientes. La evolución inmunológica y virológica es llamativamente buena con un incremento de 172 CD4 en el primer año y casi un 80% de pacientes con carga viral indetectable. En nuestra cohorte llama la atención el bajo número de fracasos virológicos, mientras que un gran porcentaje suspende el tratamiento por toxicidad, intolerancia o mala adherencia. Aunque no llega a la significación estadística, globalmente los pacientes con NNRTI tienen un mejor comportamiento.

Conclusiones. El TARGA es extraordinariamente eficaz en la disminución de eventos SIDA, en la recuperación inmunológica así como en la supresión virológica del VIH. Los pacientes que inician tratamiento con NNRTI tienen un mejor comportamiento global frente a los IP.

A-087 ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA EN UN ÁREA SANITARIA DE JAÉN. 1995-2004

M. Requena Pou, M. Mateas Moreno, J. Trujillo Pérez, A. Arroyo Nieto, I. Gea Lázaro, M. Omar, M. Balghata, S. Bermudo Conde y S. Reyes Pozo

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Objetivos. Describir las características clínicas y epidemiológicas de las espondilodiscitis infecciosas, diagnosticadas en nuestro hospital entre 1995 y 2004.

Material y métodos. Se analizaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de espondilodiscitis infecciosa (EI) durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2004. Se recogieron los siguientes datos: nombre, edad, sexo, antecedentes personales, factores de riesgo, localización, posible puerta de entrada, tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, germen, manifestaciones clínicas, resultados de las pruebas diagnósticas, tratamiento y complicaciones. El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS 11.0 para windows.

Discusión. La EI es un proceso infrecuente, definido por la colonización y ulterior infección del espacio discal y de los cuerpos verte-

brales adyacentes, y suele estar producida por bacterias, que colonizan por vía hematogena. En los últimos tiempos ha disminuido la incidencia de espondilodiscitis tuberculosa, incrementándose las producidas por otros microorganismos, como se desprende de los trabajos consultados y se puede ver en nuestra serie. Entre los factores de riesgo caben destacar la cateterización del árbol vascular (3 de nuestros pacientes), las enfermedades crónicas debilitantes (DM tipo 2 e insuficiencia renal crónica en nuestro caso), las intervenciones sobre la columna vertebral (4 pacientes en nuestra serie), la adicción a drogas por vía parenteral y la instrumentalización sobre aparato genitourinario. El dolor axial de ritmo inflamatorio es el principal síntoma de las EI, al que pueden asociarse fiebre, astenia y anorexia, así como manifestaciones derivadas de un posible compromiso medular, con porcentajes superponibles a los observados en otras series. La RMI es la técnica de mayor rentabilidad en el diagnóstico por la imagen y el tratamiento es fundamentalmente médico, quedando supeditada la cirugía a la presencia de abscesos voluminosos, compromiso mielorrádicular o grave inestabilidad vertebral (solo 3 de nuestros pacientes precisaron tratamiento quirúrgico, respondiendo todos ellos al tratamiento médico indicado).

**A-088
EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS A ERTAPENEM
O. Liñán Díaz¹, R. Puertas Barrena¹, B. Donaie Corchero¹, M. González Anglada¹, R. Barba Martín¹, L. Moreno Núñez¹, J. Losa García¹ y S. Sanz Márquez²**
¹Medicina Interna, ²Farmacia. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Estudiar la toxicidad asociada al uso de Ertapenem en la práctica clínica habitual, fuera de los ensayos clínicos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en la Fundación Hospital Alcorcón desde la introducción del fármaco en el hospital el 1-1-04 hasta junio 05. Se recoge de la base de datos de farmacia los pacientes a los que se ha prescrito Ertapenem en este periodo, y se revisa en la historia clínica informatizada tanto médica como de enfermería la aparición de efectos adversos. El análisis estadístico se realiza con SPSS: las variables categóricas se comparan con X² y Fisher, cuantitativas con Ttest y se realiza regresión logística multivariante.

Resultados. 63 pacientes recibieron Ertapenem, su edad media fue 75 años y 52% eran varones. Presentaron importante comorbilidad: demencia (37%), ACVA (18%), Diabetes Mellitus (22%), neoplasia (22%), insuficiencia renal (10%), crisis comiciales (8%), hepatopatía (6%). La localización de la infección fue: genitourinaria (57%), partes blandas (21%), postquirúrgica (21%), respiratoria (19%), abdominal (11%). Los aislamientos bacterianos fueron: Ecoli productor de BLEA (70%), Klebsiella BLEA(11%), Enterococo (8%), Providencia (8%), Proteus (5%), Enterobacter (3%), Morganella (3%), Citrobacter (3%) y Pseudomona (3%). En un 30% la infección fue polimicrobiana. Un 56% los pacientes estaban recibiendo simultáneamente otros fármacos: Benzodiacepinas (25%), Neurolépticos (22%) y Antiepilépticos (8%). Aparecieron efectos secundarios asociados a ertapenem en 19%: neurológicos (8%) (somnolencia 2, crisis comicial 3 y síndrome confusional 3), hepáticos (6%), gastrointestinales (2%), cardiovasculares (2%) y hematológicos (2%). La media de la duración del tratamiento fue de 8 días y la media desde el inicio del tratamiento hasta la aparición de los efectos secundarios fue 4 días. El 6% precisó cambio de antibiótico por aparición de efectos secundarios. El 18% de los pacientes falleció, el motivo de fallecimiento no se relacionó con la toxicidad en ningún caso. Tras realizar análisis multivariante tan solo el antecedente personal de crisis comicial se relacionó de forma estadísticamente significativa con la aparición de toxicidad. La insuficiencia renal estuvo próxima a la significación estadística (p = 0,58). El haber padecido previamente crisis epilépticas multiplica por 7.8 (1.01-57.3) la probabilidad de presentar toxicidad por Ertapenem.

Conclusiones. El Ertapenem tiene un aceptable perfil de seguridad aunque no está exento de efectos secundarios que aparecen en un 19% de los pacientes. Los más frecuentes fueron los problemas neurológicos, fundamentalmente crisis comiciales, y los hepáticos. Los pacientes con antecedentes de crisis comiciales e insuficiencia renal son los de mayor riesgo de toxicidad.

A-089

ESTUDIO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN EL MANEJO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

A. Rodríguez Benavente, J. Hinojosa Mena Bernal, A. Farfán Sedano, M. Romero Sánchez, O. Mateo Rodríguez, A. Pérez Martín, J. Casas Rojo y A. Zapatero Gaviria

Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Valorar la aplicación de los indicadores de calidad recomendados por la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) para el manejo de los pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Material y métodos. Estudio retrospectivo y transversal sobre la aplicación de los indicadores de calidad recomendados por la última Guía Clínica de diciembre de 2003 publicada por la IDSA en los pacientes ingresados por NAC desde el 1 de marzo de 2004 al 28 de febrero de 2005 en el Hospital de Fuenlabrada. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes mayores de 14 años con el diagnóstico de NAC. Se excluyeron aquellos pacientes diagnosticados de SIDA, así como aquellos diagnosticados de neumonía nosocomial y de tuberculosis pulmonar. Se estudiaron la realización de hemocultivos, analítica de sangre con hemograma y bioquímica, gasometría arterial o pulsioximetría al ingreso, antigenuria de *S. pneumoniae* y Legionella en orina en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), antibioterapia precoz dentro de las 4 primeras horas del diagnóstico y las recomendaciones al alta de abstención del hábito tabáquico, vacunación antigripal y antineumocócica y la realización de radiografía de tórax de control en las 4-6 semanas siguientes. La búsqueda y seguimiento de los pacientes ingresados por NAC se hizo a través de la base de datos del hospital codificados mediante el sistema de clasificación CIE-9-MC en las fichas de alta con los códigos 507-611, bien en el diagnóstico principal o secundario. ESTUDIO ESTADÍSTICO: Para el análisis de los datos se utilizó la aplicación Microsoft Access y el paquete estadístico SPSS.

Resultados. Se analizaron un total de 280 casos de NAC. Se realizaron hemocultivos al ingreso en 126 (45%), hemograma y bioquímica en 279 (99,6%), gasometría arterial y/o pulsioximetría al ingreso en 276 (98,6%), antigenuria en orina para *S. pneumoniae* y Legionella en 49 (17%) y en los 4 que precisaron ingreso en UCI. Se inició antibioterapia precoz dentro de las 4 primeras horas del diagnóstico en 219 casos (78%). Las recomendaciones realizadas en el informe de alta fueron: abstención del hábito tabáquico en 10 (3,6%), vacunación antigripal en 2 (0,7%), vacunación antineumocócica en 7 (2,5%) y realización de radiografía torácica de control en las 4-6 semanas siguientes en 152 casos (54%). Asimismo se recogió cultivo-Gram de esputo en 59 casos (21%).

Discusión. Los indicadores de calidad recomendados por la IDSA se emplearon en una proporción importante en los casos que ingresaron por NAC en nuestro Hospital, especialmente la antibioterapia precoz dentro de las 4 primeras horas del diagnóstico, lo que ha demostrado en diversos estudios la reducción de la mortalidad y de la estancia media, aunque el funcionamiento y estructura organizativa de los servicios de Urgencias hace que su aplicación sea complicada en muchas ocasiones.

Conclusiones. La gran variabilidad en la utilización de recursos de los pacientes que ingresan con NAC de unos centros hospitalarios a otros hace que sea imprescindible el uso de los indicadores de calidad para consensuar el manejo de las mismas y conseguir una adecuada relación coste-eficacia.

A-090

INFECCIÓN POR MRSA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Alemán Valls¹, A. Castellano Higuera¹, M. Alonso Socas¹, T. Delgado Melián², J. Gómez Sirvent¹, A. Tejera Concepción¹, A. Pérez Ramírez¹ y F. Santolaria Fernández¹

¹Medicina Interna, ²Departamento de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Revisar la incidencia de infección por MRSA en nuestro centro en los últimos 8 años, los factores que se relacionan con su

aparición, así como su influencia en la evolución hospitalaria de los pacientes infectados.

Material y métodos. Estudio retrospectivo desde el año 1997 hasta diciembre de 2004 de aquellos pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna en los que se diagnosticó infección por MRSA (aquellos pacientes que fueron diagnosticados en otro servicio y eran trasladados por algún motivo a Medicina Interna no se incluyeron). Estudiamos la incidencia de infección por MRSA en nuestro servicio, sexo, edad, muestras en que fue aislado el MRSA y posibles factores que influyen en dicha infección.

Resultados. Durante este período fueron diagnosticados 68 pacientes de infección por MRSA, 45 hombres (66%) y 23 mujeres (34%), con una edad media de 74,6 años. La mediana de días desde el ingreso hasta el aislamiento del MRSA fue de 26 días, y la mediana de estancia hospitalaria de 58 días (rango 10-250). El 93% de los pacientes habían sido expuestos a AB en los 2 meses previos al diagnóstico, y el 100% tenían canalizado un catéter intravenoso. La incidencia de infección nosocomial en el hospital y en nuestro servicio por MRSA respecto al total de infecciones por *S. aureus* por año queda reflejada en la tabla 1. Las muestras para estudio microbiológico donde se aisló con más frecuencia el MRSA en nuestro servicio fueron las muestras respiratorias y exudados de escaras.

Conclusiones. En los últimos dos años ha aumentado la incidencia de infección por MRSA en nuestro servicio, haciéndolo de forma importante en los últimos 4 años. Es más frecuente en varones, y en pacientes ancianos, viéndose además que se relaciona con estancias prolongadas en el hospital. Agradecimientos. Este estudio ha sido parcialmente financiado por la «Red temática Cooperativa de Investigación en SIDA (Red de Grupos 173) del FIS».

Tabla 1. Incidencia infección por MRSA en relación al número de infecciones por *S. aureus*.

| Año | HUC | Medicina Interna (MI) | % MRSA MI/HUC* |
|------|-------------|-----------------------|----------------|
| 1997 | 39 (32,5%) | 5 (41,6%) | 12,2% |
| 1998 | 14 (17,9%) | 3 (37,5%) | 21,4% |
| 1999 | 10 (14,5%) | 3 (15%) | 30% |
| 2000 | 48 (33,6%) | 6 (54,5%) | 12,5% |
| 2001 | 45 (46,4%) | 15 (83,3%) | 33,3% |
| 2002 | 43 (34,4%) | 12 (63,2%) | 27,9% |
| 2003 | 49 (39,2%) | 13 (65%) | 26,5% |
| 2004 | 82 (47,13%) | 11 (57,9%) | 13,4% |

A-091

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

D. Galiana Martín¹, B. Rodríguez Díaz¹, T. Pascual Pascual², C. Gutiérrez Del Río¹, J. Moris De La Tassa¹, E. Fonseca Aizpuru¹ y D. León Durán¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Sección de Neumología. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Objetivos. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC), es una enfermedad con gran repercusión socioeconómica, por su alta incidencia y mortalidad. Se planteó este estudio para describir sus características clínicas, factores de riesgo asociados y tratamiento en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de NAC (GRD 89, 90, 541 y 475) durante el año 2003 en la sección de Neumología de nuestro hospital.

Resultados. Se atendieron 193 pacientes, siendo 145 (75%) varones, con edad media: 70 ± 15 (21-95); 133 (69%) eran mayores de 65 años. La estancia media fue de 9,5 ± 5 días (0-26). Fallecieron 14 (7%) con una edad media de 77 ± 9 (59-89), de los que 8 (57%) lo hicieron durante fin de semana. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: procesos respiratorios crónicos (63%), tabaco (60%), alcoholismo (30%), malnutrición (20%), diabetes (19%), neoplasia (19%), ACV (18%) y otros procesos (22%). En la exploración física se objetivó fiebre > 38,3 °C en el 17%, taquipnea en 11%, y

estado mental alterado en 10%. Presentaban hipoxemia 56% y acidosis respiratoria 6%. Radiológicamente presentaban afectación de más de un lóbulo 21%, afectación bilateral 12%, derrame pleural 11% y cavitación 2%. Se extrajeron hemocultivos en 146 (76%) resultando positivos 4 (3%). Recibieron uno o varios antibióticos 187 (97%): Levofloxacino 112 (58%) y Amoxicilina-Clavulánico 82 (42%), con práctica de terapia secuencial en 149 (77%). Tuvieron reacciones adversas 20%, la mayoría gastrointestinales. Recibieron además terapia corticoidea 52% y depresores del SNC 38%.

Conclusiones. 1) La NAC en nuestro medio es una causa frecuente de ingreso hospitalario, sobre todo en pacientes de edad avanzada y comorbilidad asociada. 2) Los procesos respiratorios crónicos, el tabaco y el alcoholismo fueron las comorbilidades más frecuentes. 3) Se realizó un uso correcto de antibióticos, aunque sería recomendable hacer más terapia secuencial. 4) La mortalidad fue elevada, sobre todos en pacientes de mayor edad.

A-093

USO DE LA PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA MONITORIZAR LA EVOLUCIÓN DE LA CARGA DEL DNA DE B. MELLITENSIS DURANTE Y TRAS EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON BRUCELOSIS

E. Navarro¹, J. Segura Luque², M. Castaño¹, V. Rodríguez¹ y J. Solera³

¹Unidad de Investigación, ²Medicina Interna. Complejo Hospitalario y Universitario. Albacete. ³Medicina Interna. Hospital de Hellín. Hellín, Albacete.

Objetivos. Desarrollar una PCR en tiempo real cuantitativa (PCR-Q) para monitorizar la evolución de la carga del DNA de B. mellitensis durante el tratamiento y seguimiento posterior de pacientes con brucelosis.

Material y métodos. Se escogió el sistema LightCycler, método ultra rápido basado en la cuantificación por fluorometría en tiempo real de productos de PCR. El uso de una sonda de hidrólisis en este estudio asegura una alta especificidad. Se analizaron 168 muestras de sangre periférica de 17 pacientes diagnosticados de brucelosis y 30 muestras sanguíneas de controles sanos.

Resultados. La PCR-Q mostró una especificidad del 100% para B. mellitensis y una sensibilidad analítica de 15 fg. La sensibilidad de la PCR-Q tanto para el episodio inicial del diagnóstico como para la recidiva fue del 100%, más alta que la encontrada en hemocultivos y aglutinaciones (SAT). La media (\pm SD) de la carga bacteriana en el momento del diagnóstico fue de 1460 ± 1730 copias/ml de DNA de B. mellitensis. disminuyendo de forma ostensible (12 ± 15) durante las primeras tres semanas del tratamiento, con una posterior elevación (95 ± 28 copias/ml) durante la realización de la terapia y descendiendo hasta 4 ± 8 copias/ml una vez finalizado el tratamiento. Existió un leve incremento de la carga bacteriana (70 ± 34 copias/ml) inmediatamente finalizado el tratamiento, el cual descendió de forma gradual hasta mantenerse en cifras estables (10 ± 3 copias/ml) hasta el sexto mes post-tratamiento. Al final del seguimiento, cerca del 50% de los pacientes tenían una PCR-Q positiva con una baja carga bacteriana.

Conclusiones. Se detectó consistentemente DNA de B. mellitensis en la sangre de pacientes con brucelosis durante y después de la terapia antibiótica. Estos hallazgos podrían tener implicaciones patogénicas, diagnósticas y terapéuticas.

A-094

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES VIH: 1999-2004

M. Marcos Martín, A. Arévalo Velasco, M. Pérez García, R. Merchán Rodríguez y C. Soler Fernández

Medicina Interna. Hospital Universitario. Salamanca.

Objetivos. Evaluar la mortalidad y sus causas en pacientes infectados por el VIH, ingresados en nuestro hospital desde 1999 a 2004. **Material y métodos.** Hemos revisado las variables referentes a los pacientes VIH hospitalizados en los últimos 6 años, recogiendo mediante revisión de la historia las referidas a los que fallecieron en ese

periodo. Se recogen datos de filiación, sexo, práctica de riesgo, tratamiento antirretroviral y motivo de fallecimiento.

Resultados. En el período estudiado ingresan 1033 pacientes en los distintos servicios del hospital. La estancia media es de 10, 5 días. El 84,1% de los pacientes ingreso desde Urgencias. De los 82 éxitos totales la mayoría fallecen en Medicina Interna (94%) el resto en Oncología, Neurocirugía, C. Intensivos y Hematología. Conseguimos datos completos de 76 pacientes, 84% hombres y 16% mujeres, con una edad media de 38 años, rango 14 a 65 años. 39% recibieron tratamiento antirretroviral. La transmisión del VIH fue materno fetal en 3%, desconocida en 14%, sexual 5% y UDVP en 66%.

Conclusiones. Los ingresos hospitalarios disminuyen a lo largo de los 6 años estudiados, empero la mortalidad anual se estabiliza en torno al 7% de los ingresos. La carga asistencial mayoritaria corresponde a M. Interna. Los motivos de muerte más frecuente son la sepsis de origen respiratorio, la hepatopatía y la caquexia; en pacientes tratados con antirretrovirales el motivo más frecuente es la hepatopatía.

Motivo éxitus.

| Motivo de éxitus (todos) | Motivo de éxitus(Targa) |
|--------------------------|-------------------------|
| Neumonía | Neumonía |
| Neumonía PC | Neumonía PC |
| Sepsis | Sepsis |
| Hepatopatía | Hepatopatía |
| Caquexia/demencia | Caquexia/demencia |
| Tuberculosis | Tuberculosis |
| Tumores | Tumores |
| Linfomas | Linfomas |
| Otros | Otros |

Mortalidad anual.

| | Ingresos VIH | Éxitus | % |
|-------|--------------|--------|-----|
| 1999 | 201 | 16 | 7,9 |
| 2000 | 180 | 13 | 7,2 |
| 2001 | 181 | 13 | 7,1 |
| 2002 | 179 | 18 | 10 |
| 2003 | 142 | 11 | 7,7 |
| 2004 | 150 | 11 | 7,3 |
| Total | 1.033 | 82 | - |

A-095

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR VIH ÁREA 10

M. G.ª de la Torre, J. Pérez Quero, A. García Reyne, M. Ramírez Lapausa, J. Antón Santos, A. Giménez Sánchez de la Blanca, J. Melero Bermejo y M. de Guzmán García Monge

Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid.

Objetivos. Con el inicio de la TARGA, la infección VIH se ha convertido en una enfermedad crónica, debiéndose mantener el tratamiento crónicamente, lo que conlleva la aparición de efectos secundarios, entre los que destacan las alteraciones metabólicas. **Objetivo:** analizar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con infección por VIH en seguimiento en el Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo mediante análisis retrospectivo de historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta de VIH en el 2º semestre del año 2004. Análisis estadístico: cálculo de prevalencias de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular sintomática.

Resultados. Analizados los datos de 414 pacientes. El 70% corresponden a varones, la edad media de 40 ± 7.88 años con el 91% de españoles. Grupos de riesgo (55.6% UDVP, 27.5% heterosexuales, 9,9% homosexuales), coinfección por VHC 56.3%, clasificación de

CDC 1993 (32.9% C3, 24.6% A2, 17.9% A3), tº medio de infección VIH 119,64 meses (DS 66.96), linfocitos CD4 472 (DS 308), % de pacientes con CV < 200 copias/ml 61.8%. % de pacientes en tratamiento antirretroviral 86.2% (ITIAN 86.2%, ITINAN 48%, IP 31.6%). El 19% tienen una edad de riesgo (\geq 45 años en hombres y \geq 55 años en mujeres), el 76,6% fuma y el 18,5% consume cocaína. La lipodistrofia aparece en 19%, HTA en 4.8%, DM en 6.8%, hipercolesterolemia en 28.9% e hipertrigliceridemia en el 25.7%. La prevalencia de enfermedad cardiovascular sintomática, al inicio del período de estudio fue del 2.2%.

Discusión. Las prevalencias de factores de riesgo cardiovascular en nuestra población son similares a las publicadas en la población general española, y en estudios previos (Jerico C, et al. Med Clin (Barc) 2003; 122:298-300; Ena J, et al. Med Clin (Barc). 2004; 122:721-6, salvo en lo que respecta a la dislipemia que presenta cifras más bajas; siendo la prevalencia de tabaquismo particularmente alta (76,6%), en relación con la media de la población española (36%). Fundamentalmente las comparaciones se han hecho con los resultados del estudio D.A.D (Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs Study) publicado recientemente.

Conclusiones. Las prevalencias de factores de riesgo cardiovascular en nuestra población son similares a las publicadas en la población general española. La dislipemia presentó cifras más bajas y el tabaquismo más altas.

A-096

UN CASO DE LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA EN UN PACIENTE VIH

G. Jarava Rol, F. Mateos Martínez, E. Martínez Alfaro, J. Blanch Sancho, I. Tárraga y J. Solera Santos

Medicina Interna. General de Albacete. Albacete.

Objetivos. 1) Presentación de un caso de leucemia linfática crónica en un paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2) Hacer una revisión de los procesos malignos en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Material y métodos. Búsqueda en medline mediante palabras clave «HIV and neoplastic disease; Aids and neoplastic disease» de casos de neoplasias asociadas al VIH. Revisión Bibliográfica sobre procesos malignos en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Resultados. Se trata de un paciente VIH diagnosticado de infección por VIH hace 11 años, en tratamiento antirretroviral. Ingresó para estudio de linfocitosis detectada en analítica de control, presentando además adenopatías generalizadas, plaquetopenia, esplenomegalia. Mediante estudio de PL se diagnostica de proceso linfoproliferativo de células B, Leucemia linfática crónica B.

Discusión. La leucemia linfática crónica se considera la forma leucémica del linfoma linfocítico de células pequeñas, que a su vez se considera un linfoma de bajo grado dentro de los linfomas no Hodgkinianos. Se hace una revisión de los procesos malignos asociados a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; Sarcoma de Kaposi; linfoma no Hodgkin; linfoma primario del sistema nervioso central; neoplasias anogenitales; leiomiomas; tumores de células germinales; enfermedad de Hodgkin.

Conclusiones. Los linfomas de bajo grado se presentan rara vez en individuos con infección por VIH.

A-097

SARM EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL: UN PROBLEMA CRECIENTE

R. Pascual Pérez, C. Delibes, J. Colomina, J. Cosín, C. Galvañ y C. Pérez Barba

Medicina Interna. Hospital General de Elda. Elda, Alicante.

Objetivos. 1. Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los aislamientos de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en un hospital comarcal. 2. Analizar los patrones de resistencia a antibióticos.

Material y métodos. Estudio descriptivo basado en el análisis de las historias clínicas de los pacientes ingresados en un hospital comarcal, en los que se aisló SARM durante el período comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2005. El protocolo de recogida de

datos incluía datos de filiación, epidemiológicos, patologías asociadas, diagnóstico, tipo de adquisición, gravedad de la enfermedad de base en función de la clasificación de McCabe, procedencia de las muestras para cultivo, patrón de sensibilidad de SARM, tratamiento antibiótico y evolución. Previamente se definieron los conceptos de adquisición nosocomial, comunitaria, nosocomial importada y comunitaria importada, infección y colonización, tipo de infección siguiendo los criterios de los CDC, tratamiento empírico y dirigido, tratamiento antimicrobiano apropiado y recidiva.

Resultados. Se aislaron un total de 35 SARM. 45,7% de los pacientes eran varones y 54,3% mujeres. La media de edad fue de 74,4 años. Se observó un incremento progresivo a lo largo del período estudiado (6 aislados en el 2003, 16 en el 2004 y 13 en el primer período del 2005). 23% de los SARM procedían de pacientes ingresados en residencias o asilos y más de la mitad (14,3% del total) residían en la misma institución. 37% ingresaron en la UMCE, 31% en MI, y el resto se repartió por los diferentes servicios. 68,6% padecían varias patologías (37% enfermedad pulmonar, 37% HTA, 17% cardiopatía isquémica, 25% DM, 14% demencia y neoplasias respectivamente, 8% nefropatía, 5% valvulopatías y 2,9 ADVP). 23% había sido sometido a cirugía reciente, 31% padecía algún tipo de inmunosupresión. 74% recibió antibióticos, 54% de forma empírica y en 54,3% de los casos el tratamiento fue adecuado. La mayoría de los aislados procedían de muestras respiratorias (37%) y lesiones cutáneas (25%). En sangre se aisló en 14% de los casos y 6% en orina y abscesos profundos. La adquisición se consideró nosocomial (28%), comunitaria (20%), comunitaria importada (20%) y nosocomial importada (2%). Los casos nosocomiales se repartieron por igual en los 3 años estudiados (3 en el 2003 y 2005 y 4 en el 2004). Todos los del 2005 se produjeron durante el mes de marzo y todos presentaban el mismo patrón de resistencia antibiótica. En 34,3% de los casos se consideró al SARM responsable de la infección, y en 37% colonizador. Se produjo mejoría en la mayoría de los enfermos a pesar de que en la mitad el tratamiento no fue adecuado. En 15 casos el SARM coexistió con otros patógenos. El 100% de los aislados fue sensible a vancomicina y teicoplanina, el 100% de los 10 casos en que se testó la rifampicina y los 5 en que se testó linezolid. El resto de las sensibilidades fue: 97% para cotrimoxazol, 91% gentamicina, 31% eritromicina, 11% ciprofloxacino.

Discusión. Los aislamientos de SARM se han incrementado a pesar de las estrictas medidas preventivas que se llevan a cabo en nuestro centro. En nuestra área el SARM parece endémico en las instituciones geriátricas lo que obliga a estrechar la vigilancia en los pacientes procedentes de estas instituciones. Aunque no se analizaron las cepas, el patrón de sensibilidades sugiere que, al menos en los casos que se agrupan temporalmente, el fenotipo es el mismo.

Conclusiones. EL SARM representa un problema creciente en los hospitales pequeños, sobre todo en pacientes de edad avanzada procedentes de instituciones geriátricas, con pluripatología y con un perfil de sensibilidad a antibiótico desfavorable. Los pacientes procedentes de asilos donde SARM es endémico deben ser sometidos a las mismas medidas preventivas que los pacientes con infecciones nosocomiales importadas. Se debe considerar el SARM como agente etiológico de infecciones comunitarias en aquellos pacientes que procedan de instituciones cerradas.

A-098

¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LA HEPATITIS C EN LA RECONSTITUCIÓN INMUNOLÓGICA EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL?

M. Torralba González-Suso¹, L. Tamargo², R. Rubio García², V. Moreno², J. Costa² y A. del Palacio²

¹Medicina Interna. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá.

²Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

²Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El virus de la hepatitis C (VHC) es actualmente una de las causas de mayor morbimortalidad en los pacientes infectados por el VIH. Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de la coinfección VIH-VHC así como de la hipertransaminasemia crónica y analizar si la coinfección supone un impacto en la evolución de los CD4 y la carga viral (CV) de los pacientes con infección por VIH durante un período de seguimiento de 2 años.

Material y métodos. Estudio de cohorte prospectivo analítico. Se seleccionó una muestra aleatoria de 196 pacientes que iniciaban TARGA (previamente sin tratamiento o «naïve») en la Unidad VIH del Hospital 12 de Octubre a partir de 1996 hasta el 2004. Se excluyeron los éxitos. Los pacientes fueron vistos periódicamente cada 4 meses donde se analizaban variables clínicas, bioquímicas (ALT, AST), inmunológicas (CD4) y virológicas (carga viral).

Resultados. El 68% eran varones con una mediana de edad de 36 años (intervalo intercuartil (IIC): 31,9-40,7). La vía de transmisión fue en un 44,4% por adicción a drogas por vía parenteral, un 19,4% homosexuales y un 32,1% heterosexual. El 28,6% habían sufrido una enfermedad definitoria de SIDA y un 56,8% habían tenido menos de 200 CD4/ml antes de iniciar el TARGA. El 53,8% de la cohorte era VHC+, un 5,6% eran portadores crónicos de HBsAg, un 43% presentaban hipertransaminasemia crónica y un 8,2% de los pacientes presentaban signos de hipertensión portal en la ecografía hepática. El incremento medio de CD4 en pacientes coinfectados (VIH+-VHC+) respecto de los VIH+-VHC- fue de 159 y 239 en el primer año ($p = 0,002$) y de 237, 348 en el segundo año ($p = 0,018$). El porcentaje de pacientes con CV indetectable en el primer año en los pacientes VHC+ fue de un 71,6% frente a un 86,8% en los VHC- (OR 0,38,5 IC95%: 0,16-0,93; $p = 0,030$). En el segundo año en los pacientes VHC+: 73,7% frente a un 90,9% en los VHC- (OR: 0,28, IC95%: 0,094-0,835).

Conclusiones. La prevalencia de la coinfección VIH-VHC es alta en nuestro medio. La coinfección se asocia con un menor incremento de células CD4 así como una menor probabilidad de carga viral indetectable en el primer y segundo año.

A-099 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE CIUDAD REAL

N. Ruiz Bustillo¹, C. Conde¹, S. Rodríguez¹, F. Mora², J. Ros¹, D. Bellido¹, J. Yáñez¹ y M. Mañas¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Nuestra Señora de Alarcos. Ciudad Real.

Objetivos. Según la OMS, España, fue después de Portugal, el país de la Unión Europea con mayor incidencia de tuberculosis (TBC) en el año 2000 con más de 20 casos/100.000 habitantes/año. La TBC extrapulmonar supone aproximadamente un 20% de los casos en personas no infectadas por VIH. Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo de los casos de TBC extrapulmonar en el complejo hospitalario de Ciudad Real durante los últimos 5 años.

Material y métodos. Realizamos un revisión retrospectiva de casos de TBC extrapulmonar tratados en el Complejo Hospitalario de Ciudad Real desde el 1 de enero del 2001 hasta el 30 junio de 2005 según aislamientos de M. Tuberculosis aportados por el servicio de Microbiología. Determinamos factores de inmunosupresión como infección por VIH, insuficiencia renal crónica entre otras. Diferenciamos entre infección primaria o reactivación, describiendo la sintomatología (síntomas sistémicos, locales o pulmonares). Describimos el resultado de la prueba de la tuberculina, hemocultivos, cultivo de Lowenstein, tinción de Ziehl-Nielsen y/o aureaminasa, SDA o amplificación del DNA por desplazamiento de cadenas (desde el 1 enero de 2003) y Adenosindeaminasa (ADA). Recogimos la pauta de tratamiento iniciada así como patrón de resistencias, cumplimiento terapéutico y efectos secundarios significativos y la evolución hacia la curación o no.

Resultados. Veinte pacientes fueron evaluados, 14 hombres y 8 mujeres, la edad media fue 54 años. 6 no tenían factores de riesgo, 5 VIH+, 4 edad avanzada, 2 insuficiencia renal crónica, 2 tratamiento inmunosupresor crónico, 3 diabéticos, 1 convivía con hija con TBC pulmonar activa. Trece tuvieron síntomas sistémicos. 7 tuvieron síntomas derivados de la localización y 4 pacientes no presentaron síntomas y se llegó al diagnóstico tras el estudio de otros procesos. La localización más frecuente fue la pleural, seguida de ganglionar, urinaria, pericárdica, meníngea, testicular, cutánea y peritoneal. Todas las pleurales fueron primarias. Mantoux fue positivo en el 60% (n = 15) en 5 no se realizó. Hemocultivos fue negativo en 7 pacientes y en 13 no se realizó. El cultivo de Lowenstein fue el de más rendimiento diagnóstico en la pleuritis TBC, no así en la pericarditis. La tinción de bacilos ácido-alcohol resistentes resultó ne-

gativa en todas las muestras. En 5 pacientes se realizó SDA (3 positivos y 2 negativos). La ADA estuvo elevada en 6 muestras líquido pleural, 1 de líquido ascítico y 1 de líquido pericárdico. 18 pacientes recibieron tratamiento con Isoniacida+Rifampicina+piracinamida durante 2 meses e Isoniacida y piracinamida durante 4 meses más. La forma meníngea se trató durante 12 meses. Sólo se encontró resistencia a Etambutol en el caso de TBC testicular. Dos casos de elevación de transaminasas como efecto secundario de fármacos que no obligó a suspender el tratamiento. 1 reacción cutánea (exantema pruriginoso leve) que no obligó a suspender en tratamiento. Buen cumplimiento en el 100%. Buena evolución, menos en un caso de éxitos por otro motivo.

Conclusiones. La TBC extrapulmonar supone 13,6% de todos los casos de TBC en nuestra serie. El 25% de los casos fueron VIH+. Nos llama la atención que el 20% de los pacientes sólo tenían como factor de riesgo la edad avanzada. El cultivo de líquido pleural tuvo un alto rendimiento diagnóstico. Casi en la totalidad de los casos no hubo resistencia antimicrobiana.

A-100 FACTORES PRONÓSTICOS DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA. ESTUDIO GRUPO INFECCIOSAS (SEMI)

R. Apolinario Hidalgo¹, M. Bernabeu Wittel², P. Geijó Martínez³, R. Salinas Bautista¹, F. Cañas⁴, J. Limiñana⁵ y M. Suárez Cabrera¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. H. Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas. ³Medicina Interna. H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Medicina Interna. H. Virgen de La Luz. Cuenca. ⁵Departamento de Estadística. Universidad de Las Palmas. Facultad de Medicina. Las Palmas.

Objetivos. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) constituye hoy día una causa frecuente de ingreso en los servicios de Medicina Interna. El objetivo de este estudio ha sido describir las características clínicas de pacientes que han ingresado en varios servicios de distintas provincias e identificar los factores pronósticos que influyeron en la mortalidad a los treinta días.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo observacional en tres centros hospitalarios (Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y Hospital Virgen de la Luz de Cuenca) en los periodos comprendidos de Enero a Septiembre del 2002, y de Noviembre del 2004 a Abril del 2005. Se registraron las características clínicas de los pacientes, resultados analíticos, radiológicos y microbiológicos. Se estratificaron los pacientes de acuerdo a la clasificación de Fine. Se estableció como neumonía con diagnóstico microbiológico definitivo aquella con hemocultivos positivos o aislamiento de germen en fluido estéril, seroconversión o determinación de antigenemia en orina positiva. Y se estableció el diagnóstico microbiológico como probable si el cultivo de esputo fué positivo. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS 12.0. Se utilizó el test t Student para las variables continuas, el Chi-square para las categóricas y en el análisis multivariante se incluyeron las variables significativas en el univariante y las variables clínicamente importantes.

Resultados. Se incluyeron 267 pacientes cuya edad media fué de 72,57 años (20-96). El 64% (172) fueron varones. La comorbilidad más frecuente fué la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (42,9%) seguida de la diabetes (37%) y la insuficiencia cardiaca (36,7%). La mortalidad global fué del 17,5%. Tres de 55 pacientes (5,45%) en la clase III, 10 de 101 (9,9%) en la clase IV y 31 de 66 (46,9%) de la clase V fallecieron antes de los 30 días ($p < 0,0000$). En un 30,6% se llegó al diagnóstico microbiológico definitivo siendo las causas más comunes el neumococo, seguido de la cl.pneumoniae, el mycoplasma y los bacilos gram negativos. Ni el conocimiento del diagnóstico microbiológico, ni el tipo de tratamiento antibiótico pautado o las horas transcurridas hasta su instauración influyeron en el pronóstico de los pacientes. Los factores relacionados de manera independiente fueron el estado confusional al ingreso, la ausencia de dolor pleurítico y la hipalbuminemia (OR 10,46; IC 2,27-48).

Discusión. En este estudio vuelve a demostrarse que el conocimiento del agente microbiológico no es necesario para predecir el pro-

nóstico del paciente y se valida una vez más la clasificación de riesgo establecida por Fine. Sin embargo existen factores no incluidos en esta estratificación como la albúmina que de manera independiente parecen predecir el pronóstico de los pacientes.

Conclusiones. Podrían ponerse en marcha nuevos estudios que valorasen la utilidad de marcadores séricos, como la albúmina u otros, en determinar el pronóstico de los pacientes afectados de NAC.

A-101

ESTUDIO DE 91 CASOS DE EMPIEMAS PLEURALES J. Barragán Casas, P. Sanz Rojas, M. Budiño Sánchez, M. López Fernández, M. García Jiménez, M. Martín Azcárate y D. Sánchez Fuentes

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ávila. Ávila.

Objetivos. Conocer las características clínico-epidemiológicas, evolución y mortalidad de losempiemas pulmonares diagnosticados en el área de salud de Ávila en los últimos 15 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo. Se evaluaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de empiema pleural. Los datos se obtuvieron a través del servicio de Documentación Clínica e informes de alta hospitalaria.

Resultados. Se analizaron 91 casos. Varones 78 y Mujeres 13. Los principales factores favorecedores fueron la disminución del nivel de conciencia, boca séptica, alcoholismo y patología respiratoria crónica previa. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron: dolor pleurítico (71%), fiebre (67%), tos (57%), disnea (47%), expectoración purulenta (33%). En el del líquido pleural el Gram fue positivo en el 30% (18/61), el cultivo fue positivo en el 44% (37/85). Los hemocultivos fueron positivos en un 16% (8/50). En 9 casos (10%) se diagnosticó de empiema tuberculoso. El tratamiento empírico más habitual fue cefalosporinas de tercera generación o penicilinas con inhibidor de beta-lactamasas asociados ambos a clindamicina. Se constataron complicaciones severas en 9 casos (fístulas bronco-pleurales, neumotórax, ...). Las secuelas más habituales fueron el engrosamiento pleural residual y la atelectasia. La mortalidad relacionada con el proceso fue del 11% (10 pacientes).

Conclusiones. Según nuestros datos, los empiemas pleurales predominan en varones sobre mujeres (8,5:1). El Gram orientó a la etiología en el 30% de los pacientes y los cultivos del líquido pleural fueron positivos en el 44%. Los hemocultivos fueron poco rentables (16% positivos). El 10% fueron tuberculosos. La mortalidad relacionada con el proceso fue del 11%.

A-102

ENDOCARDITIS SOBRE MARCAPASOS

M. Rodríguez Framil, R. López Rodríguez, A. Hermida Ameijeiras, F. Lado Lado, I. Villamil Cajoto y J. Torre Carballada

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La endocarditis sobre marcapasos (MP) es una complicación relativamente frecuente y grave; según las distintas series su incidencia oscila entre 0,3-19,9% y la mortalidad entre 13-30%. Es importante realizar un diagnóstico precoz porque para su curación se requiere la extracción completa del sistema. Nuestro objetivo es describir una serie de pacientes con endocarditis sobre MP diagnosticados en nuestro servicio.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Santiago, entre enero de 1989 y diciembre de 2003. Se seleccionaron aquellos con diagnóstico definitivo o probable de endocarditis infecciosa sobre MP. Se recogieron los datos clínico-microbiológicos, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución.

Resultados. Durante el período del estudio ingresaron 113 pacientes con endocarditis, seis sobre MP (5% de todas las endocarditis). Cinco cumplían los criterios de endocarditis definitiva y una de probable. Cuatro hombres y una mujer, edad media: 71 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la diabetes y las manipulaciones repetidas del sistema. Todos los pacientes consultaron por

fiebre, uno presentaba además infección de la herida quirúrgica y otro un embolismo pulmonar. El ETT fue diagnóstico en 4/5 pacientes (80%), sólo en 2 casos se objetivó afectación de la tricúspide y en ningún caso afectación de cámaras izquierdas. Los gérmenes implicados fueron: staphylococcus en 4 casos, corynebacterium y streptococcus agalactiae. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico seguido de extracción del sistema (entre 8-76 días tras el inicio del antibiótico) e implantación en el mismo acto quirúrgico de un marcapasos epicárdico. La evolución fue favorable en todos excepto dos pacientes; en uno no se pudo retirar el sistema completamente y en el postoperatorio desarrolló un síndrome de cava superior. Otro falleció en el postoperatorio como consecuencia de un shock cardiogénico (mortalidad: 17%).

Discusión. Al igual que en nuestra serie la forma más común de presentación de la endocarditis sobre MP es como síndrome febril sin foco o bacteriemia por gram positivos. La presencia de signos inflamatorios locales, esplenomegalia, embolismo sistémicos o un nuevo soplo son poco frecuentes. A pesar de la menor sensibilidad del ETT en nuestra serie permitió el diagnóstico de cuatro casos. El tratamiento médico aislado se asocia a mayor mortalidad y recidiva de la infección por lo que es necesaria la extracción quirúrgica del sistema. En nuestra serie se optó por la extracción por toracotomía en todos sin recidiva de la infección en ningún caso.

Conclusiones. La endocarditis sobre MP debe tenerse como diagnóstico diferencial en todos los pacientes con marcapasos que presenten síndrome febril. Para su diagnóstico es fundamental la realización de hemocultivos y ecocardiograma. El tratamiento de elección es la extracción completa del sistema y la administración prolongada de antibióticos.

A-103

PEROXIDACIÓN LIPÍDICA E INTERLEUCINAS EN LA HEPATITIS AGUDA ALCOHÓLICA

M. Sánchez Pérez¹, E. González Reimers¹, F. Santolaria Fernández¹, E. Rodríguez Rodríguez¹, E. García Valdecasas Campelo¹, E. Martín Ponce¹, M. De La Vega² y P. Abreu González³

¹Medicina Interna, ²Laboratorio. Hospital Universitario de Canarias, ³Departamento de Fisiología. Universidad de La Laguna. La Laguna, S. C. de Tenerife.

Objetivos. La hepatitis aguda alcohólica (HAA) es una entidad que complica la evolución del paciente alcohólico, y en cuya patogenia se involucran fenómenos inmunes relacionados con la formación de proteínas alteradas como consecuencia de la acción del acetaldehído y de los radicales libres; lesión directa de estructuras subcelulares por daño oxidante; lesión directa por el etanol y/o la alteración del equilibrio redox intracelular, y la acción de diversas citocinas liberadas como consecuencia de la activación macrofágica fundamentalmente. **Objetivo:** analizar la importancia relativa de la peroxidación lipídica y los niveles de citocinas proinflamatorias en la HAA, y su relación con la gravedad de ésta.

Material y métodos. Estudiamos 61 pacientes afectados de HAA (53 varones, 8 mujeres), 26 eran cirróticos, y 20 controles sanos en los que se determinó, en el momento del ingreso, los niveles de TNF- α , IL-6, Malonildialdehído (MDA), proteína C reactiva y vitamina C, así como los datos habituales de laboratorio, calculándose el índice de Maddrey.

Resultados. Encontramos que los niveles de MDA, IL-6 y TNF α estaban elevados en pacientes. Mediante estudio de correlación múltiple, el MDA es el único parámetro que se relaciona de forma independiente con el índice de Maddrey ($p < 0,001$). El MDA guardaba una estrecha relación con el índice de Maddrey ($p = 0,006$) y bilirrubina total ($p < 0,001$); la IL-6 se relacionó directamente con el índice de Maddrey, bilirrubina, TNF α , proteína C reactiva e inversamente con la protrombina y albúmina ($p < 0,05$ en todos los casos). El TNF- α también guardó relación con la proteína C reactiva y la albúmina ($p < 0,05$ en ambos casos). Los pacientes con ascitis y aquellos cirróticos con un Child B o C presentaban niveles de malonildialdehído más elevados que los pacientes sin ascitis o con un Child A.

Conclusiones. La peroxidación lipídica y citocinas proinflamatorias se relacionan estrechamente con la gravedad de la HAA.

A-104**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE BACTERIEMIAS EXTRAHOSPITALARIAS E INTRAHOSPITALARIAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE**

A. Hernández Belmonte¹, C. Albaladejo Ortiz¹, Y. Santisteban López¹, J. Moreno Salcedo¹, M. Martínez Serrano², J. Palomar Pérez² y J. Solera Santos¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

Objetivos. Describir las diferentes características entre los pacientes con una bacteriemia extrahospitalaria e intrahospitalaria y definir un modelo de predicción del riesgo de adquirir una infección intrahospitalaria, aportando datos epidemiológicos que ayuden a la prevención y manejo de las bacteriemias.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de los episodios de bacteriemia ocurridos durante cuatro meses del año 2004 en el Complejo Hospitalario de Albacete, que incluyó un total de 158 pacientes. Se recogieron los datos epidemiológicos, factores predisponentes, datos clínicos, microbiológicos y de evolución-pronóstico.

Resultados. Del total de bacteriemias, 109 fueron extrahospitalarias (72,2%), y 42 intrahospitalarias (27,8%). La estancia media fue diez puntos superior en la intrahospitalaria (25,40 días), encontrándose una relación estadísticamente significativa entre la adquisición intrahospitalaria y la estancia media más prolongada. El grupo de gérmenes más frecuente en las extrahospitalarias fueron los Bacilos Gram Negativos (BGN) (71,6%) del total, siendo *E. coli*, el germen más prevalente. En el grupo de intrahospitalarias fueron los Cocos Gram positivos (CGP) (50%) y los BGN (40,5%), predominando *Stafilococo epidermidis* y *E. coli*, respectivamente. El foco urinario (33%), seguido del biliar (15%) fueron los más frecuentes en la muestra extrahospitalaria, en cambio en la intrahospitalaria se repartían la mayoría de los casos entre el foco urinario (21,4%) y la infección del catéter venoso central (VVC) (16,7%). Los factores predisponentes que más se asociaron en la bacteriemia intrahospitalaria fueron la presencia de neoplasia (42,9%), el tratamiento inmunosupresor (42,9%) y ser portador de VVC (40,5%). El tratamiento antibiótico fue correcto en la mayoría de los pacientes sin diferencias entre ambos grupos y no se encontraron gérmenes multirresistentes. Los datos de nuestro trabajo revelan unas cifras de mortalidad del 14,5%, aunque tan solo en el 10,6% de los casos la muerte es secundaria a la sepsis. El número de pacientes que se curaron fue algo superior en la muestra extrahospitalaria 93 pacientes (85,3%) frente a 33 pacientes (78,6%) de la intrahospitalaria y la muerte debida a sepsis fue bastante similar en ambas muestras.

Discusión. Los procedimientos invasivos, el uso de VVC, la neoplasia, la inmunosupresión y la estancia hospitalaria prolongada, son los factores de riesgo que más se asocian a la bacteriemia intrahospitalaria. Se confirma en nuestro estudio la relación de la bacteriemia intrahospitalaria causada por gérmenes del CGP y el uso de VVC, es necesario por tanto cuidar con mayor esmero las técnicas de asepsia, para evitar la colonización de los gérmenes que habitualmente se encuentran en la piel (sobre todo CGP) y que son causantes de la mayoría de las bacteriemias. El tratamiento antibiótico incorrecto se asocia a un aumento de la mortalidad global. La tasa de mortalidad de los pacientes de la muestra es muy baja, pensamos que el uso de antibioterapia de amplio espectro y no haber encontrado ningún germen con multirresistencia al tratamiento puede haber influido en este resultado.

Conclusiones. El conocimiento de los factores predisponentes facilita la detección de los que son susceptibles de modificación y, en lo posible, de eliminación mediante la aplicación de medidas preventivas con el objetivo de reducir la tasa de incidencia de la bacteriemia intrahospitalaria. Además el uso inicial correcto del tratamiento antibiótico y el conocimiento de las resistencias de los microorganismos más frecuentes, puede mejorar el pronóstico de los pacientes. Los datos epidemiológicos obtenidos del estudio de esta muestra reflejan que los pacientes con bacteriemia extra e intrahospitalaria del Complejo Hospitalario de Albacete, tienen unas características semejantes a las de otros centros similares, en cuanto a etiología, foco de origen y principales factores asociados.

A-105**ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) EN UN HOSPITAL TERCIARIO. REVISIÓN DE UN AÑO**

M. Bustinduy¹, M. Goenaga², A. Maíz¹, J. Vivanco¹ y G. Zubillaga¹

¹Medicina Interna, ²Hospitalización a domicilio. Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa.

Objetivos. Describir y analizar los casos diagnosticados de EI durante un año en un Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario, así como su evolución al año.

Material y métodos. Se realiza un estudio retrospectivo de las historias clínicas de todos los casos con diagnóstico de EI durante el año 2003. Para el estudio se utilizó el paquete Microsoft Office 2000, Las EI se clasificaron como definitivas o posibles según los criterios modificados de Duke (Li JS et al. Clin Infect Dis 2000;30:633-8)

Resultados. Durante 2003 fueron diagnosticados 25 casos de EI, sobre un total de 4420 ingresos (5 por mil). 16 casos (64%) fueron en varones y 9 (36%) en mujeres. La media de edad fue de 63 años (mediana 66 años). 2 pacientes eran inmunodeprimidos (MM/VIH y UDVP). Clínica; El síntoma principal de presentación fue fiebre en 20 casos (80%), anemia a estudio en 2 y palpitaciones, disnea y paresia de MMII en un caso. Diagnóstico; La EI se clasificó como definitiva en 18 casos (72%) y probable en 7 (28%). Se realizó ETT en 20 casos y ETE en 12 (en 5 sólo). El tiempo entre el ingreso y el diagnóstico fue de media 4,7 días (mediana 4). Localización: 21 casos (84%) válvula conocida [18 casos válvula nativa (12 m, 4ao, 1 p, 1 Eustaquio); 3 protésica (2 ao, 1 m)]; 4 casos válvula no conocida. Microorganismo causante: 23 casos (92%) conocido (8 SAMS, 2 SAMR, 8 S viridans, 2 S epidermidis, 1 caso de E fecalis, G morbillorum, S hemolyticus grupo G) y en 2 desconocido. Factores predisponentes presentes en 17 casos (68%). 16 casos valvulopatías y 1 antecedente de EI. Tratamiento: 8 pacientes cloxacilina + aminoglicósido, 5 pacientes vancomicina + aminoglicósido, 5 ampicilina + amnioglicósido, 3 ceftriaxona, 2 cefotaxima, 1 paciente teicoplanina y 1 levofloxacino. 6 pacientes (24%) requirieron de cateterismo cardíaco de ellos 5 fueron intervenidos. Evolución: 2 pacientes (8%) fallecieron durante el tto (días 2 y 15; ambos v protésica; HC neg y SAMS). Los restantes 23 cumplieron el tratamiento según recomendaciones, 6 de ellos (26%) lo terminaron en sus domicilios con UHAD. En el seguimiento a un año fallecieron 3 pacientes tras finalizar el tto [1º sem (SAMR), 3 mes (SAMS) y 6 mes (SAMS)]. 2 pacientes fueron sometidos a cirugía por su valvulopatía previa.

Conclusiones. 1) La EI afecta más a varones con una edad media cercana a los 60 años 2) La fiebre fue el síntoma de presentación más frecuente (80%) 3) El diagnóstico definitivo se realiza de media entre el 4º y el 5º día tras el ingreso. 4) La valvulopatía previa es el factor de riesgo más importante en nuestra serie 5) La válvula mitral nativa es la afectada más frecuentemente. 6) Los microorganismos más frecuentes han sido SAMS (a pesar de un único caso ADVP) y S grupo viridans. (38% casos cada uno) 7) 1 de cada 5 casos requirió cirugía cardíaca en la fase aguda de la enfermedad. 8) La mortalidad en la fase aguda fue del 8%. En el seguimiento fallecieron 3 pacientes más (12%); todos ellos cuya EI fue por S aureus. 9) La cuarta parte de los pacientes pudieron terminar el tratamiento antibiótico parenteral en su domicilio.

A-108**TRATAMIENTO DE LA CO-INFECCIÓN VIH-VHC**

R. Carrillo Gómez, I. López Isidro, J. Cabo Bolado, I. de los Santos Gil y J. Sanz Sanz

Medicina Interna-Infecciosas. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Objetivos. Hay un gran número de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que presentan también infección por virus de la hepatitis C (VHC). Las complicaciones de esta última son la principal causa de mortalidad en estos enfermos, por lo que se debe instaurar tratamiento para ella, siendo de elección la combinación de interferón pegilado (PEG-INF) y ribavirina (RBV). El objetivo de esta presentación es analizar los resultados obtenidos tras instaurar tratamiento con PEG-INF + RBV en pacientes con infección por VHC y VIH.

Material y métodos. Estudio prospectivo en el que se han incluido 85 pacientes VIH-VHC sin tratamiento previo frente a éste en los que se inicia terapia con PEG-INF a dosis 1,5 mg/kg una vez por semana y RBV 1-1,2 g/d durante 6 meses (genotipos 2-3) o 12 meses (genotipos 1-4). Se hizo recuento de CD4, carga viral VIH, hemograma y bioquímica basales y en las semanas 8, 16, 24, 48 y 72; se realizó carga viral de VHC basal y en las semanas 12, 24, 48 y 72. Se evalúa la eficacia del tratamiento como la presencia de respuesta viral sostenida (RVS).

Resultados. Los datos obtenidos se analizaron con SPSS versión 13.0, 85 pacientes con una edad media de 42,1 años (30-56), siendo 61 varones (71,8%) y 24 mujeres (28,2%). 76 eran usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) (89,4%) y en el resto la vía de contagio del VIH era sexual. 69 (81,2%) estaban en tratamiento anti-retroviral. Los CD4 basales no presentaban una distribución normal, presentando una mediana de 497 (248-1504). Respecto al VHC la distribución de genotipos fue: 46 (54,1%) genotipo 1, 10 (11,8%) genotipo 4 y 29 (34,1%) genotipo 3. Completaron el tratamiento un total de 39 pacientes, quedando aun en seguimiento 15. De los 70 analizados 27 (38,6%) alcanzaron la RVS. Por genotipos, los porcentajes de respuesta son 22%, 37,5% y 71,4% para los genotipos 1, 4 y 3 respectivamente. Gran número de pacientes presentaron efectos adversos de tipo clínico: síndrome pseudogripal 71,8%, astenia 28,2%, alteraciones neuropsiquiátricas 21,2%, locales 8,2% y gastrointestinales 5,9%. Estos llevaron a la disminución de dosis en 8 de los pacientes (9,4%) y a su suspensión en 33 (38,84%). Un total de 5 pacientes más abandonaron el tratamiento por otras causas.

Discusión. Los porcentajes de cada uno de los genotipos son similares a los que presentan en general los pacientes con infección por VHC, independientemente de la infección por VIH. Las tasas de RVS obtenidas en esta muestra (38,6%) se aproximan a las de otros trabajos. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas cuando se evalúa la RVS según la edad, el sexo o CD4 basales ($p = 1, 0,48$ y $0,22$ respectivamente). Sí son estadísticamente significativas las diferencias en la RVS que se observan en los distintos genotipos de VHC (los genotipos 1 y 4 responden peor que el 3, con $p < 0,001$) siendo los datos concordantes con los de los estudios previos. Un elevado número de pacientes presenta efectos secundarios, que pese a no ser graves en la mayoría de los casos sí llevaron al abandono del tratamiento en muchos de ellos (38,84%).

Conclusiones. Dado el elevado número de pacientes VIH infectados por VHC y la rápida progresión a cirrosis o hepatocarcinoma que presentan, nos parece una buena opción iniciar tratamiento siempre que no existan contraindicaciones y manteniendo un estricto control de los efectos adversos.

A-109

FACTORES PRONÓSTICOS EN LA SEPSIS

A. Pérez Ramírez¹, F. Santolaria Fernández¹, A. Martínez Riera¹, M. Alemán Valls¹, M. Suárez Santamaría², E. González Reimers¹, R. Ros Vilamajó¹ y J. Jorge Hernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Analizar el pronóstico de la sepsis en relación con el proyecto PIRO (predisposición, infección, respuesta y disfunción de órganos en la sepsis).

Material y métodos. Hemos estudiado a 130 pacientes (edad media de $61,8 \pm 1,5$; 58 mujeres y 72 varones) hospitalizados en el SMI del HUC, y diagnosticados de sepsis por dos o más criterios de SIRS junto a evidencia de infección.

Resultados. Fallecieron durante el ingreso 30 pacientes (23%), 15 (11,5%) en la primera semana. Predisposición: fallecieron más los pacientes con sepsis nosocomial, (incluyendo las posquirúrgicas), con neoplasias, con tratamiento inmunosupresor (corticoides) y con demencia previa. Los pacientes que fallecían estaban peor nutridos, con menor fuerza (dinamometría), disminución del IGF-1, de los linfocitos y de la IgG. Infección: el origen más frecuente de la sepsis fue el pulmonar: 78 casos con una mortalidad del 27%, seguido del urinario: 15 casos y 0% de mortalidad. En 23 enfermos se detectó bacteriemia con una mortalidad del 17%, mientras que cuando los hemocultivos eran negativos la mortalidad fue del 24%. Reacción:

Los pacientes que fallecieron tenían menos fiebre, más taquipnea, y menor cifra de leucocitos (tendencia) y de la fracción C3 del complemento. La concentración de transferrina era más baja, mientras que la de ferritina estaba aumentada. No encontramos diferencias significativas respecto a la PCR. Disfunción de órganos: Los pacientes que fallecían tenían alteración de conciencia (disminución del Glasgow), disminución de la PA con peor perfusión periférica (enlentecimiento capilar, oliguria, aumento de ácido láctico, ASAT y LDH, y disminución del fibrinógeno y de las de las plaquetas (tendencia). Los que fallecieron tenían al ingreso un SOFA (escore de disfunción de órganos) de 7.2 frente a 4.1 puntos en los que sobrevivieron. Los pacientes con sepsis tuvieron una mortalidad del 13%, con sepsis grave del 15%, mientras que en aquellos con shock séptico o fallo multiórgano la mortalidad fue del 42%.

Conclusiones. El pronóstico de la sepsis es multifactorial. El origen nosocomial, el tratamiento inmunosupresor, la desnutrición, la ausencia de fiebre, de leucocitosis, la disminución de la conciencia y las alteraciones hemodinámicas son datos de mal pronóstico. Todos los apartado del PIRO: predisposición, infección, respuesta y disfunción de órganos se relacionan con el pronóstico.

A-111

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO Y ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE CASOS CON MULTIAISLADOS EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

V. Navarro López¹, E. Delgado Martínez³, C. Capdepón Vaillo³, J. Martínez Garcerán², Y. Payá Espinosa³, F. López García³, E. González Escoda¹ y J. Custardoy Olavarrieta³

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, ²Sección de Neumología, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Objetivos. Estudio de los principales gérmenes implicados en el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con análisis de la incidencia de casos con múltiples aislados en el diagnóstico microbiológico. Evaluación de los casos con fallo terapéutico al tratamiento empírico inicial.

Material y métodos. Estudio prospectivo con análisis de pacientes con diagnóstico de NAC según criterios previamente establecidos*. Quedan excluidos los pacientes con neumonía grave y criterios de ingreso en UCI. En todos los casos se realiza cultivo de esputo; también serología para *Chlamydia sp.*, *Coxiella Burnetti*, *Mycoplasma sp* y *Legionella sp* en el momento del diagnóstico y a las cuatro semanas del mismo. *Criterios diagnósticos de NAC: cumplir los tres postulados siguientes 1) Nuevo infiltrado radiológico objetivado en radiología de tórax en los dos días previos a la inclusión. 2) Fiebre (t^a axilar $> 38^{\circ}C$; timpánica $> 38,5^{\circ}C$ o rectal $> 39^{\circ}C$). 3) Al menos uno de los siguientes signos o síntomas: TosExpectoración purulenta o cambios en la mismaEstertores en la auscultaciónDisnea o taquipneaHipoxiaLeucocitosis o leucopenia (al menos dos de estos criterios)

Resultados. En el estudio se incluyen un total de 41 pacientes, 32 (78%) son varones y 9 (22%) mujeres. Se consigue aislar germen causal en 13 pacientes (31,7%) con un total de 15 gérmenes aislados. En 2 (15,4%) de los 13 pacientes con confirmación microbiológica se aísla un doble patógeno como responsables de la neumonía. Los hemocultivos fueron positivos en 1 enfermo (2,4%) y el cultivo de esputo en 7 (17,1%) casos con un doble aislado en 1 de ellos. La serología de atípicas fue positivo en 6 pacientes(14,7%). El germen causal más frecuente fue *Streptococcus pneumoniae* con 5 casos (12,2%), seguidos de *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia pneumoniae* y *Coxiella Burnetti* con dos casos (4,8%) en cada uno de ellos. El resto de aislados fueron: *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Stafilococcus aureus* y *Candida albicans*, todos ellos en 1 caso (2,4%). Los dos casos de doble aislamiento de patógeno fueron debidos a *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus pneumoniae* en el primer paciente y *Streptococcus pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* en el segundo. Los pacientes fueron randomizados para recibir tratamiento con amoxicilina clavulánico (20 casos) o bien una quinolona (gemifloxacino versus trovafloxacin) 21 casos. Se obtuvo la curación en 17 (85%) de aquellos que recibieron amoxicilina-clavulánico y 18 (86%) de los que recibieron tratamiento empírico con quinolonas. Los 6 (14,6%) casos que no

respondieron a la antibioterapia empírica inicial (3 en cada grupo de tratamiento) se resolvieron tras modificar el tratamiento antibiótico. **Conclusiones.** Se identificó el germen causal de la neumonía en 13 pacientes (31,7%). Entre las 13 neumonías con confirmación microbiológica, el número de multiaislados fue significativo con 2 (15,4%) casos. Las características de los pacientes con fallo terapéutico fueron edad avanzada, broncopatía de base y/o tratamiento previo con esteroides. En uno de estos fracasos terapéuticos hubo un doble aislamiento. Se necesitan estudios con series de casos más amplias para valorar si la presencia de múltiples aislados influye en la mala respuesta al tratamiento.

A-112
MANEJO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR EL SERVICIO DE URGENCIA Y ADECUACIÓN DE INGRESOS SEGÚN LA ESCALA PRONÓSTICA DE FINE

M. Torralba González Suso, R. Méndez, A. Guerri, A. Pereira Juliá, E. Martín Echevarría, Y. Meije Castillo, M. de Vicente Collado y M. Rodríguez Zapata
 Servicio de Medicina Interna. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. La escala de Fine es utilizada como un índice que según el pronóstico de los pacientes, éstos son derivados a su domicilio, quedan ingresados en planta o en una unidad de cuidados intensivos, o bien son admitidos en una unidad de observación las primeras 24 horas. Nuestro objetivo fue analizar el grado de concordancia entre la escala de Fine (PSI) y el manejo en el servicio de urgencias de la neumonía adquirida en la comunidad.

Material y métodos. Estudio de serie de casos. Se analizaron 68 neumonías de las que se dispuso de los datos durante los últimos 12 meses en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Guadalajara. Los datos se recogieron de forma prospectiva. Se analizaron variables clínicas, epidemiológicas, analíticas, gasométricas, radiológicas y de gestión de camas.

Resultados. El 68,1% fueron varones con una mediana de edad de 64 años (intervalo intercuartil: (40-74 años). Un 41% había sido vacunado del virus influenza, y sólo un 1,5% del *S. pneumoniae*. Un 28% eran fumadores, un 14,7% padecían EPOC y un 2,9% asma, un 7,4% insuficiencia cardiaca, un 7,5% enfermedad neurológica y un 4,5% diabetes. Clínicamente el 91% tenían tos, el 84% fiebre (> 38 °), un 75% escalofríos, un 75% expectoración, un 68% dolor torácico, y un 60% disnea. La auscultación era patológica en el 81% con crepitantes en 72%. En la radiología de tórax un 82% había un patrón alveolar. Los hemocultivos fueron extraídos sólo en el 50% de los pacientes y el antígeno de *Legionella* en orina en el 38%. El 26% fue tratado con telitromicina, un 6% con amoxicilina/ac. Clavulánico con claritromicina y el 68% con fluoroquinolonas con actividad antineumocócica. Según La escala de Fine: un 41% fueron asignados al grupo I, un 16,2% al grupo II, un 20,6% al grupo III, un 22,1% al grupo IV y ningún paciente al grupo V. Se hospitalizaron un 48,6%, se derivaron a su domicilio un 39,7% y quedaron en observación de urgencias el resto (de los cuáles el 38% ingresó y el resto fue dado de alta). El índice de acuerdo (Kappa) entre la Escala de Fine y el destino de los pacientes fue de 0,52 (p < 0,001). Globalmente un 31% de los pacientes que deberían haber sido dados de alta a su domicilio por estar incluidos en el grupo I y II de Fine fueron hospitalizados.

Conclusiones. El manejo que se hace de la neumonía adquirida en la comunidad es notablemente conservador con una excesiva hospitalización en pacientes que se encuentran en los grupos I y II de Fine.

Tabla de contingencia de grupos de Fine según destino.

| | | Grupo de Fine | | Total |
|-------------------------|------------|---------------|--------|-------|
| | | I y II | IV y V | |
| Destino hospitalización | Número | 10 | 13 | 23 |
| | Porcentaje | 31,3% | 92,9% | 50,0% |
| Domicilio | Número | 22 | 1 | 23 |
| | Porcentaje | 68,8% | 7,1% | 50,0% |
| Total | Número | 32 | 14 | 46 |
| | Porcentaje | 100,0% | 100,0% | 100,0 |

A-114
ABSCESO DE PSOAS POR MYCOBACTERIM TUBERCULOSIS. DESCRIPCIÓN DE 15 CASOS

F. Amorós, V. Navarro, I. Pacheco, J. García García, I. García Cuello, R. Hernández, J. Cepeda y J. Custardoy

Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Objetivos. El absceso del músculo psoas (AP) es una entidad poco común que en los últimos años se diagnostica con mayor frecuencia debido a la mayor disponibilidad de técnicas de imagen como la ecografía y la TAC y a la cada vez mayor prevalencia de la enfermedad tuberculosa. Realizamos un análisis descriptivo de una serie de casos aparecidos entre 1994 y 2002.

Material y métodos. El estudio se llevó a cabo en cinco centros hospitalarios con carácter retrospectivo desde octubre de 1994 hasta diciembre de 2002. Se revisaron todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AP por *M. tuberculosis*. Se describen los datos demográficos, clínicos y diagnóstico-terapéuticos de los pacientes.

Resultados. La distribución por sexos fue: 13 hombres (87%), 2 mujeres (13%); la edad media fue de 49,3 (rango 19-73). El origen de la infección fue primario en 2 casos (13%), y secundario en 13 (87%); la distribución por focos entre los secundarios fue la siguiente: óseo 10 casos (66%), urinario 1 (6%), abdominal 1 (6%) y úlcera sacra 1 (6%). En cuanto a las pruebas diagnósticas de imagen la TAC se realizó en todos los casos y fue diagnóstica en el 100% de los mismos, la ecografía fue diagnóstica en 3 de 5 casos (60%), y la radiografía simple en 3 de 10 (30%). Y en lo que respecta al tratamiento: 9 fueron tratados con antibióticos más drenaje percutáneo (60%), 1 con antibióticos más cirugía (6%) y 5 con antibióticos exclusivamente (33%).

Discusión. El AP por *M. tuberculosis* es con más frecuencia secundario y a foco óseo, la clínica es muy inespecífica. La técnica diagnóstica de imagen más rentable es la TAC. El tratamiento de elección es la combinación de drenaje percutáneo más antibióticos. Con tratamiento adecuado esta patología suele evolucionar a la curación. **Conclusiones.** Probablemente en los próximos años un número cada vez mayor de casos de AP por *M. tuberculosis* serán diagnosticados por el aumento de la TBC en la población.

A-115
SELLADO ANTIBIÓTICO EN BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER VENOSO IMPLANTADO PARA QUIMIOTERAPIA

P. Vela Orus², J. Alonso Alonso¹, A. Cánovas Fernández¹, G. Barreiro García¹, F. Bardón Valcárcel² y C. Aguirre Errasti¹

¹Medicina Interna, ²Cirugía Vascul. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

Objetivos. La bacteriemia originada en catéter venoso implantado plantea el problema del control clínico de la infección y la necesidad de su retirada inmediata o diferida, procedimiento con frecuencia problemático en pacientes en situación precaria y dependientes de un acceso venoso central. Nos proponemos evaluar el resultado del sellado antibiótico asociado a antibioterapia sistémica como procedimiento adecuado para control clínico del episodio infeccioso y conservación del dispositivo implantado en pacientes con neoplasias hematológicas afectados de bacteriemia originada en el catéter o reservorio.

Material y métodos. Estudio prospectivo de pacientes en quimioterapia por neoplasias hematológicas con catéteres implantados (totalmente, tipo *port-a-cath*, o parcialmente, tipo Hickman), desde noviembre-03 a julio-05, con un promedio anual de 175 pacientes en tratamiento. El diagnóstico de bacteriemia asociada a catéter se basó en la diferencia en el tiempo hasta detección de crecimiento en los hemocultivos tomados de reservorio o catéter respecto al de vena periférica (más de dos horas de retraso en las tomas de vena periférica). El sellado antibiótico (vancomicina o teicoplanina, ampicilina o anfotericina, según etiología) se mantenía durante 8-12 horas diarias, hasta completar dos semanas, asociándose a antibioterapia sistémica, cuya duración dependía de la cepa aislada y particularida-

des del paciente. Métodos estadísticos: descriptivos y prueba exacta de Fisher.

Resultados. Se detectan 30 bacteriemias asociadas a catéteres implantados (26 tipo port-a-cath y 4 Hickman) en 22 pacientes, 16 hombres y 6 mujeres, con edad media de 56 años, portadores de linfoma (13), mieloma(8) o amiloidosis AL (1). El agente etiológico fue en 17 casos (57%) estafilococo coagulasa negativo (SCN), en 6 staph. aureus (20%), en 5 bacilos Gram negativos (BGN)(17%) y otros en 6% (*Corynebacterium sp*, *Candida albicans*). Se alcanza control clínico de la infección (apirexia, hemocultivos negativos y mantenimiento en uso del catéter) en todos excepto en un episodio (97%). En cinco ocasiones se retira el dispositivo por motivos no relacionados con persistencia de la infección (fin de uso de reservorio en dos y existencia de una prótesis aórtica en un paciente con tres episodios sucesivos de bacteriemia, que se controlan con el tratamiento señalado, siendo los cultivos negativos). En los 24 episodios restantes se observan cuatro recaídas, controlándose una de ellas (por SCN) con nuevo ciclo antibiótico y retirándose el reservorio en las otras tres (*S.aureus*, *Ps. aeruginosa*, *enterobacter*). Se logra mantener el dispositivo en todos los casos de infección por SCN y en 50% del grupo *S. aureus*-BGN ($p < 0,025$).

Discusión. La actitud tradicional en relación con la infección de dispositivos intravasculares ha sido su retirada. En el caso de los catéteres implantados, la antibioterapia sistémica ha sido foco eficaz para conseguir su esterilización. La aplicación tópica mantenida de altas concentraciones de antibiótico ha abierto el camino para el control agudo de la infección y el mantenimiento de los dispositivos, particularmente en infecciones de baja patogenicidad (SCN), por otra parte las más frecuentes. Este procedimiento es particularmente valioso en pacientes en situación precaria, necesitados de un acceso venoso central, con escasas alternativas, y con tendencia a sucesivas reinfecciones del dispositivo, ligadas a su uso repetido y a unas condiciones sanitarias con frecuencia deficientes.

Conclusiones. En nuestra experiencia el sellado antibiótico del dispositivo implantado, asociado a antibioterapia sistémica, es un método eficaz para control agudo de la infección. La conservación del dispositivo es alcanzable en la mayoría de las infecciones por SCN, agente etiológico habitual, y debe intentarse en el grupo *S.aureus*-BG, si bien con vigilancia por la mayor frecuencia de recaída de la infección, que hace necesaria la retirada.

A-117 VARIACIONES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN LAS TUBERCULOSIS DIAGNOSTICADAS EN UN HOSPITAL COMARCAL. COMPARACIÓN DEL PERÍODO 1996-2000 CON EL PERÍODO 2001-2005

M. Romero Nieto, A. Belso Candela, C. Galvañ Moro, J. Cosín Ahedo, M. Díaz Castellano, C. Pérez Barba, R. Pascual Pérez y J. Colomina Avilés

Medicina Interna. General de Elda. Elda, Alicante.

Objetivos. Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de Tuberculosis (TB) durante el período 2001-2005. Comparar las TB diagnosticadas durante este período con las diagnosticadas en el período 1996-2000. Determinar si existen diferencias en la incidencia, epidemiología, clínica y diagnóstico entre los dos períodos.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo basado en el análisis de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de TB durante los años 2001 a 2005, comparando los datos obtenidos con los observados previamente en el análisis del período 1996-2000. Se elaboró una ficha de recogida de datos que incluía datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos y exploraciones complementarias, así como el tratamiento recibido y la evolución clínica.

Resultados. En el período 2001-2005 se diagnosticaron 74 casos de TB, de los que se pudo completar el protocolo de estudio en 71, frente a 84 casos en el período anterior. La incidencia por 100000 habitantes/año fue de 7'47, por 8'75 en el período previo. 84'5% eran pacientes no VIH, de los cuales 17'6% eran niños, mientras que en el período anterior 86'9% fueron no VIH y 15'47% de ellos niños. Los pacientes VIH fueron 11 (15,49%) en el período actual frente a 12 (14'28%) en el anterior. El mayor número de pacientes en ambos períodos correspondió a las poblaciones de Villena (20

casos en el primero y 21 en el segundo) y Elda (19 en el primero y 14 en el segundo). El número de inmigrantes aumentó en el segundo período (18), la mayoría procedentes de Sudamérica y Marruecos. 8 pacientes (11'8%) han tenido contacto reciente con bacilos, frente a 4'76% en el período anterior, y sólo un paciente (2001-2005) había recibido tratamiento para la TB latente. En este segundo período hubo un paciente trasplantado renal que desarrolló TB laríngea y pulmonar. En cuanto a los síntomas, no hay variaciones significativas entre ambos períodos, siendo la pulmonar la localización más frecuente. Los BAAR fueron positivos en un 57% de los casos y el Lowestein en 28 de los 43 casos en los que se practicó (41'2%), por 37 BAAR (44%) y 11 Lowestein positivos (13%) en el período previo. En los años 1996-2000 no se hacía antibiograma para micobacterias y, desde el 2001 se hace de forma sistemática, habiendo encontrado un caso de multirresistencia a rifampicina e isoniazida en un paciente de Ecuador. En el segundo período, 54 casos (81'7%) se han diagnosticado por microbiología (17 BAAR, 5 Lowestein, 20 ambos, 5 Lowestein+histología, 3 BAAR+Lowestein+histología y 1 PCR), y 4 casos en base a la histología. En el resto (13), el diagnóstico se estableció por la clínica y Mantoux positivo. Esto supone una mejoría respecto al período previo, en el que sólo 46 casos (54'76%) tuvo un diagnóstico bacteriológico.

Discusión. A pesar de una discreta disminución de la incidencia, la TB continúa siendo una enfermedad prevalente en nuestra área, con ligeras variaciones epidemiológicas a favor de la población inmigrante, aunque todavía siguen siendo más prevalentes los casos autóctonos. No hemos observado variaciones en el patrón clínico ni en la prevalencia entre la población infantil y VIH, y continúa siendo preocupante la falta de tratamiento preventivo en pacientes en contacto previo con sujetos bacilíferos. En los últimos cinco años se aprecia una notable mejoría en el rendimiento diagnóstico de las técnicas microbiológicas. La prevalencia de TB multirresistente es excepcional y, por el momento, sólo hemos diagnosticado un caso, probablemente importado.

Conclusiones. La TB continúa siendo un problema de Salud Pública muy prevalente. Las medidas preventivas son insuficientes y no se aplican de forma adecuada, sobre todo en los contactos de enfermos bacilíferos, aunque ha mejorado el diagnóstico de certeza. Son necesarias medidas de vigilancia epidemiológica y de seguimiento de contactos, sobre todo en los colectivos de mayor riesgo.

A-118 BACTERIEMIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ENTRE LOS AÑOS 2003 Y 2004

J. Vicente i Mas, M. Gomis Mascarell, S. Escrivá Cerrudo, R. Benítez Bermejo, J. Pérez Silvestre, C. García Fabra, F. Pedro Delelis y D. Garcá Escrivá

Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivos. Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de bacteriemia en el servicio de Medicina Interna entre 2003 y 2004.

Material y métodos. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes incluidos en nuestra base de datos con diagnóstico de salida de bacteriemia desde enero de 2003 hasta diciembre de 2004. Se consideraba bacteriemia en aquellos pacientes que presentaban clínica compatible y crecimiento del patógeno en 2 tomas de hemocultivo.

Resultados. Se estudiaron 128 pacientes, 69 hombres y 59 mujeres con una edad media de 75.61 IC(95%): [73.42-77.81] (109 pacientes eran mayores de 65 años). El 33.6% padecían demencia, el 36.7% eran diabéticos, un 6.3% presentaban insuficiencia cardiaca, un 8.6% eran broncópatas, un 6.3% presentaban cirrosis hepática y un 9.4% presentaban alguna neoplasia. Como otros factores predisponentes 8 pacientes recibían o habían recibido tratamiento recientemente con corticoides y 14 pacientes eran portadores de sonda uretral permanente. Al ingreso presentaban índice de Barthel medio de 54.86 IC(95%) [46.03-63.69]. En el momento de ingresar presentaban media de presión arterial sistólica: 118.67 IC(95%):[113.62-123.73], frecuencia cardiaca media de 102.18 IC(95%) [96.46-107.90] y frecuencia respiratoria media de IC(95%) [24.15-28.75] y una media de temperatura de 38.09 IC(95%)

[37.87-38.32]. La cifra media de leucocitos al ingreso era de 14501,34 con una proporción de neutrófilos media de 84.90% IC(95%) [83.24-86.58]. En 16 pacientes se aislaron 2 gérmenes y en 5 pacientes se aislaron 3 gérmenes. El origen de la bacteriemia más frecuente fue el urinario (51.6%) seguido de: partes blandas (18.8%), respiratorio (13.3%), abdominal (10,2%), osteoarticular (1.6%). En el 4,7% no se encontró foco. Se aislaron más frecuentemente gram negativos (68.8%): *E. coli* (43.8%), *Proteus mirabilis* (8.6%), *K. pneumoniae* (6.3%). El gram positivo más frecuentemente aislado fue el *S. aureus* (17.2%) en dos casos se trataba de un meticilín resistente, seguido de enterococo spp. (3.9%) y *S. pneumoniae* (3.1%). La mortalidad fue del 14.72% mayor que la registrada por otras causas en ese período aunque sin significación estadística.

Conclusiones. En nuestra serie el foco más frecuente de bacteriemia fue el urinario y el germen más frecuentemente aislado el *E. coli*. La mortalidad relacionada con bacteriemia fue elevada. Se trataba en su mayoría de pacientes de edad avanzada, con importante comorbilidad asociada.

A-119

TIEMPO DE RESPUESTA INMUNOLÓGICA EN PACIENTES VIH TRAS LA INTRODUCCIÓN DEL TARGA

R. Benítez Bermejo, S. Escrivá Cerrudo, M. Gomis Mascarell, J. Vicente Más, R. Oropesa Juanes, R. Sanz Vila, J. Ballester Belda y E. Ortega González

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivos. Valorar el tiempo en meses, hasta conseguir una situación inmunológica estable (> 200 CD4) tras la introducción del TARGA (terapia antirretroviral de gran actividad), en pacientes que inician tratamiento con cifras inferiores a 100 CD4. Observar si existen diferencias temporales significativas en los pacientes muy inmunosuprimidos que son diagnosticados por una infección oportunista y aquellos asintomáticos en el momento del inicio del TARGA.

Material y métodos. Se han recogido de nuestra base de datos 165 pacientes entre Enero/1997 y Diciembre/ 2000, que cumplieran el criterio cumplían el criterio de presentar cifras inferiores a 100 linfocitos CD4 en el momento en que iniciaron TARGA, no fue criterio de exclusión el que el paciente tuviera experiencia subóptima con antirretrovirales. Analizamos los datos epidemiológicos de sexo, edad, grado de inmunodepresión (CD4 al inicio), tiempo en meses hasta conseguir una situación inmunológica estable (> 200 CD4) y de la viremia indetectable (< 50 c/ml), pacientes «naïve» y la presencia de enfermedad oportunista al diagnóstico previa al inicio de TARGA. Se confirmó la adherencia al tratamiento y se correlacionó con la eficacia del mismo, siendo excluidos para el estudio aquellos en los que el TARGA prescrito no consiguió la indetectabilidad de la CV-VIH (< 50). Para el estudio estadístico se empleó el paquete SPSS vs.12.00 y la T-student para comparar medias.

Resultados. De los 165 pacientes, 141 eran varones (85.45%) y 24 mujeres (14.55%). La edad media fue de 39 años y la mediana de CD4 al inicio del tratamiento fue de 49,5 c/ul. Del total de pacientes 72 (43.6%) tenían experiencia antirretroviral subóptima (monoterapia ó biterapia) y eran naïve 93 (56,4%). El tiempo medio en meses tras alcanzar una situación inmunológica estable fue de 13.53 meses (DE: 9,8 meses) con una mediana de 12 meses. El 55.2% (91) de los pacientes habían presentado una enfermedad oportunista, en el momento de determinación de los CD4 previo al inicio del TARGA. La recuperación inmunológica fue estadísticamente significativa más rápida en los pacientes asintomáticos que en aquellos que presentaron enfermedad oportunista, 11.8 meses frente a 14.91 ($p < 0,05$). No hallamos diferencias significativas en la respuesta entre los pacientes naïves y aquellos con tratamientos previos.

Conclusiones. En este grupo de pacientes con CD4 < 100 c/ul se observa una respuesta más rápida en los que presentan infección en estadio A o B frente a los que ya están en estadio C. La respuesta al TARGA no fue mejor en pacientes naïve lo cual podría atribuirse al grado de inmunodepresión que ya presentaban al inicio del mismo.

A-120

TERLEUQUINA-18 COMO FACTOR DE PREDICCIÓN DE BACTERIEMIA EN ANCIANOS CON FIEBRE SIN FOCO APARENTE

J. Franco¹, R. Codoceo², R. Serantes¹, B. Rodríguez Hermida³, C. Montiel² y F. Arnalich¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica Clínica y Farmacología, ³Servicio de Urgencias. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Se estima que una cuarta parte de los pacientes con fiebre sin foco aparente mayores de 65 años atendidos en un servicio de urgencia hospitalario (SUH) presentan bacteriemia, aunque el diagnóstico de confirmación deberá demorarse 48 horas hasta recibir el resultado de los hemocultivos. El objetivo de este trabajo es analizar el valor predictivo de bacteriemia y mortalidad en el anciano de interleuquina 18 (IL-18), en comparación con otros indicadores de respuesta inflamatoria.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional prospectivo de los pacientes mayores de 65 años y fiebre (> 38 °C) sin foco aparente que acudieron al SU de un hospital terciario, y a quienes se les extrajeron 2 hemocultivos. Se realizó al ingreso la determinación de IL-18, procalcitonina (PCT) y proteína C reactiva (PCR), y se siguió la evolución hasta la curación o fallecimiento. Las variables analizadas se compararon mediante el test de chi-cuadrado y el valor predictivo mediante análisis de las curvas ROC.

Resultados. Se incluyeron a 107 pacientes con fiebre sin foco (50 varones, 46.7%; con edad media (DE) de 68,4 (7.8) años. Los hemocultivos fueron positivos en 38 pacientes (35.5%): 15 por *Str pneumoniae*, 10 por *E. coli*, 6 por *Staph. Aureus*, y en 7 casos por otros. Fallecieron 11 pacientes. Los pacientes con bacteriemia presentaron una elevación muy significativa de las concentraciones de IL-18 (mediana 91.7 pg/ml, versus 57.8 pg/ml, $p < 0,001$), junto a una menor elevación de PCT (mediana 0,6 ng/ml, versus 0,3 ng/ml, $p < 0,01$) y de PCR (mediana 6.1 mg/dl versus 4.7 mg/d, $p < 0,05$). Para la detección de pacientes con bacteriemia, los valores de corte de sensibilidad (S) y especificidad (E) de estos parámetros fueron los siguientes: IL-18 > 76 pg/ml (S: 93%, IC 6%-75%; E: 66%, IC 43%-82%, curva ROC 0,72), PCT $> 0,3$ ng/ml (S: 73%, IC 82%-56%; E: 47%, IC 35%-59%, curva 0,54), y PCR > 5.6 mg/dl (S: 74%, IC%-51%; E: 34%, IC 45%-27%, curva ROC 0,45). Los pacientes que fallecieron mostraron unas concentraciones al ingreso similares a la de los que sobrevivieron.

Conclusiones. Los valores iniciales de IL-18 y de procalcitonina, son muy útiles para predecir la existencia de bacteriemia en los pacientes mayores con fiebre atendidos en urgencias.

A-122

RIESGOS SANITARIOS EN ESPAÑA

E. Martín Echevarría¹, A. Pereira Julia¹, M. Torralba¹, G. Ariola Pereda², M. De Vicente¹, Y. Meije¹, L. Sánchez¹ y M. Rodríguez Zapata³

¹Medicina Interna, ²Pediatría. Hospital General Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ³Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. Revisión de los riesgos sanitarios de carácter infeccioso en España. Presentación de los últimos casos, epidemias, patógenos más frecuentes y factores relacionados.

Material y métodos. Se realiza una revisión por patógenos en Internet, recogiendo los últimos casos publicados en España hasta el año 2005. Los datos incluyen las últimas epidemias y los factores relacionados, porcentaje de personas portadoras o infectadas, medios de transmisión, evolución en los últimos años y localización geográfica.

Resultados. Los patógenos y síndromes obtenidos son los siguientes: Actinomicosis; Adenovirus; Amebas; Angiomatosis bacilar; Anisacitosis; Antrax; Ascariasis; Aspergilosis; Babesiosis; Bartonelosis; Blastocistis hominis; Botulismo; Brucelosis; Bunyavirus; Campilobacteriosis; Cromomicosis; Criptococosis; Criptosporidiosis; Ciclosporiasis; Cisticercosis; Dermatofitosis; Microceliasis; Difteria; Difi-lobotriasis; Dirofilarias; Equinococosis unilocular; Ehrlichiosis granulocítica humana; Encefalitis por picadura de garrapata-Europa Central; Enfermedad de Lyme; Enfermedad de Whipple; Enterobia-

sis; Erisipela; Escabiosis; Esporotricosis; Estrongiloidiasis; Fascioliasis; Fiebre amarilla; Fiebre botonosa mediterránea; Fiebre del Nilo Occidental (West Nile); Fiebre escarlata; Fiebre por mordedura de rata; spirilar y streptobacilar; Fiebre Q; Fiebre recurrente; Fiebre reumática; Fiebre tifoidea; Gongiloneuriasis; Hantavirus del viejo mundo; Hepatitis A; Hepatitis B; Hepatitis C; Hepatitis D; Hepatitis E; Hepatitis G; Histoplasmosis; Himenolepis diminuta; Himenolepis nana; Isosporiasis; Enf. de Kikuchi y de Kimura; Kingella; Larva cutánea migrans; Legionellosis; Leishmaniasis cutánea; L. Visceral; Lepra; Leptospirosis; Listeriosis; Malaria; Melioidosis; Meningitis viral; Meningitis bacteriana; Microsporidiosis; Mictoma; M. marinum; M. scrofulaceum; Micobacteriosis sistémica; Miasis; Nocardiosis; Ornitosis; Pasteurellosis; Pediculosis; Pentastomiasis linguatulla; Peste; Poliomieltis; Prototecosis; Pseudocowpox; Rabia; Rinoscleroma; Rickettsia felis; Rodococcus equi; Salmonellosis; Schistosoma mansoni; Shigellosis; Síndrome de Gianotti-Crosti; Smallpox; Sífilis; Teniasis; Thelaziasis; Toxocariasis; Toxoplasmosis; Tracoma; Trichinosis; Trichomoniasis; Trichuriasis; Tuberculosis; Tularemia; Tifus endémico; Tifus epidémico; Yersiniosis; Zigomicosis.

Conclusiones. España presenta numerosos riesgos sanitarios que se deben tener en cuenta, incluso aún cuando su frecuencia sea baja. Hay infecciones consideradas de carácter tropical que también se deben valorar. España se considera país endémico para determinadas infecciones cuyo último caso se presentó hace varios años, pero no por ello se deben obviar en el diagnóstico diferencial de procesos infecciosos. En viajeros, inmigrantes y cooperantes se deben tener en cuenta los patógenos del país del que proceden, además de los propios de nuestro país.

**A-123
FASCITIS NECROTIZANTE**

M. Torres¹, E. Martín Echevarría¹, A. Pereira Julia¹, Y. Meije¹, M. De Vicente¹, L. Sánchez¹, M. Torralba¹ y M. Rodríguez Zapata²

¹Medicina Interna. Hospital General Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ²Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. Las infecciones necrotizantes de tejidos blandos son altamente letales. Ocurren típicamente tras traumatismos o cirugías, principalmente en inmunocomprometidos y diabéticos. La etiología es múltiple: monomicrobiana como clostridium, estreptococo grupo A, y polimicrobiana. Se localizan principalmente en miembros inferiores. La clínica incluye dolor, crepitantes, edema, eritema y rápida progresión a shock séptico. El diagnóstico se basa en la clínica y pruebas de imagen. El tratamiento principal es el desbridamiento y la antibioterapia de amplio espectro. La mortalidad es elevada (15-50%) a pesar del tratamiento. Revisión de los casos de fascitis necrotizante ocurridos en el Hospital Universitario de Guadalajara en los últimos 10 años.

Material y métodos. Búsqueda de todos los casos ocurridos entre el 01/01/1995 al 01/01/2005. Se obtienen 7 casos de infecciones necrotizantes en tejidos blandos. Se recogen datos acerca de antecedentes personales, localización de la infección, etiología, clínica, analítica, tratamiento y evolución.

Resultados. La edad media de los pacientes es de 67 años (rango 35-89). El 57.14% son mujeres. En los antecedentes destaca que el 57.14% son diabéticos. La presentación más frecuente es en MMII apareciendo en un 71% (5/7) siendo en axila 14.2%(1/7) y en epigastrio 14.1%(1/7) menos frecuentes. La etiología es múltiple: el 14.1%(1/7) tiene como origen una herida quirúrgica, otro tanto una diverticulitis, 28.5% (2/7) úlceras diabéticas y un 42.8% (3/7) de causa desconocida. En todos ellos la clínica se inicia de forma semejante, con dolor eritema, tumefacción, inflamación y aumento de la temperatura local asociándose en un 28.5% (2/7) a TVP y claudicación intermitente y en el 42.8% (3/7) con enfisema subcutáneo. Todos los casos se caracterizan por la aparición de leucocitosis y fiebre, aunque el 57.1% (4/7) inicialmente no la presentaba. El 57.1% (4/7) de los casos evoluciona a sepsis. De estos 4 casos de sepsis 3 acaban falleciendo, lo que supone un 42.8% (3/7) de mortalidad. El microorganismo causante es de lo más variado en cada tipo: en uno de los casos, no viene reflejado, en otro es negativo ya que el paciente estaba tomando antibióticos previamente, 3 casos son polimicrobianas y en las otras se llegó a cultivar estafilococo epidermi-

dis y en otro estafilococo aureus. El tratamiento en todos los casos es unánime: desbridamiento quirúrgico y tratamiento antibiótico de amplio espectro (tazobactam, clindamicina, imipenem y cefalosporinas) requiriendo cuidados intensivos en el 42.8% (3/7).

Discusión. Los pacientes tienen características comunes como ser diabéticos y presentar la localización más frecuente en miembros inferiores. La etiología es variada, incluyendo el microorganismo causante, pero todas ellas se manifiestan de forma semejante. Los factores asociados con el incremento de la mortalidad incluyen extensión a tejidos cercanos, diagnóstico tardío, inadecuado desbridamiento y edad avanzada. Considerando la seriedad de las infecciones necrotizantes y la complejidad del tratamiento es necesario un equipo multidisciplinario compuesto por internistas, cirujanos, anestesiólogos e intensivistas que deben trabajar conjuntamente.

**A-124
APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA (IR) EN EL NORTE DE EXTREMADURA EN EL AÑO 2004. ETIOLOGÍA Y PATRONES DE RESISTENCIA**
J. Alonso Peña¹, J. Muñoz del Rey², M. Asencio Egea², M. Jiménez Álvaro³, M. Zaragoza Fernández¹, A. de la Cruz Iglesias¹ y D. Alonso Peña¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología, ³Análisis Clínicos. Virgen del Puerto. Plasencia, Cáceres.

Objetivos. Estudiar de forma retrospectiva la distribución etiológica de la infección respiratoria, preferentemente neumonías adquiridas en la comunidad en el área sanitaria de Plasencia, basándonos en los datos de microbiología. Conocer la sensibilidad de los patógenos respiratorios, para recomendar un tratamiento empírico.

Material y métodos. Incluimos como universo el área sanitaria de Plasencia, con 119,541 habitantes, con predominio rural durante el año 2004. Nos basamos en los datos microbiológicos de hemocultivos seriados, cultivos de esputo válidos según los criterios de Barlett (> 25 CI, y < 10 células descamativas), o semi-invasivos como cepillados, broncoscopias y escasamente en los estudios serológicos. Finalmente incluimos de forma retrospectiva 87 pacientes, correspondientes con IR, predominantemente neumonías de la comunidad, con un sesgo al corresponder a enfermos que requieren ingreso hospitalario, que por proximidad piden estudios microbiológicos.

Resultados. Encontramos 20 casos de H. influenzae (23%), con resistencias del 53% a Ampicilina, 6% a Amoxi-clavulánico. Para Neumococo, 22 casos (25%) con resistencias del 20% a Penicilina, 9% a Eritomicina. 40 bacilos gramnegativos (diferentes Enterobacterias 29, No fermentador 11). S. aureus contó con 3 casos (3,5%) sensibles a Oxacilina y eritromicina. Legionella pneumophila 1. Coxiella burnetti 1. En total aislamos 87 microorganismos con una baja tasa global de resistencias.

Discusión. Los estudios de IR cuentan con un gran sesgo, por el bajo número de diagnósticos definitivos debido al tratamiento empírico en At. Primaria, retraso diagnóstico (serología, cultivos,...), su baja especificidad (esputos), escaso rendimiento (hemocultivos), a ello se debe el alto porcentaje de bacilos gramnegativos encontrados. A pesar de disponer cada vez de técnicas diagnósticas más fiables, fáciles de realizar y de certeza (cuantitativos, cepillo telescópico, lavado broncoalveolar); su uso rutinario se sigue discutiendo. Llama la atención el alto número de cepas de Haemophilus que nos conduce a pensar en enfermos inmunocomprometidos, o bien en procesos de vías respiratorias altas. A falta de estudios de diseño prospectivo, más costosos en tiempo, medios y personal; los estudios retrospectivos aproximan al conocimiento de la IR y sirven de base para estudios epidemiológicos y de sensibilidad, de cara al tratamiento. En este sentido encontramos una resistencia en neumococos menor a la media española 20% frente al 35-40% en Penicilina y sobre todo en macrólidos, quizás por su menor uso en la comunidad.

Conclusiones. 1. En el área de Plasencia destacan los procesos respiratorios por neumococos y bacilos gramnegativos, considerando el sesgo que supone los tratados en Atención Primaria, de forma empírica. 2. Las tasas de resistencia son menores a las de otras zonas de España. Si ello lo unimos a un diagnóstico preciso, podemos reservar antibióticos más potentes para procesos especialmente graves. 3. El impulso de los estudios serológicos, dotando a los laboratorios de medios, puede ayudarnos a afiliar un mayor número de procesos respiratorios, especialmente neumonías.

A-125**COINFECCIÓN POR VIH/VHC: CORRELACIÓN ENTRE ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA (EHNA) Y EL GRADO DE FIBROSIS HEPÁTICA**

S. Montull¹, I. Costa², M. Vila¹, A. Soler¹, M. Mijana¹, A. Almuedo¹, F. Martínez¹ y J. Cuquet¹

¹Medicina Interna. H.G. Granollers. Granollers, Barcelona.

²Anatomía Patológica. H. Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Material y métodos. Se han estudiado 23 pacientes coinfectados por el VIH y por el VHC respecto a variables clínico-epidemiológicas, analíticas e histológicas. Un patólogo valoró a ciegas las biopsias de los pacientes utilizando el índice de actividad histológica y aplicó los criterios de Brunt para el diagnóstico de EHNA. Dos pacientes fueron excluidos por consumo de 20 g de alcohol al día. Los 21 pacientes restantes consumían menos de 20 g de alcohol a la semana en el año previo a la realización de la biopsia.

Resultados. Se incluyeron 21 pacientes, con una edad media de 41 ± 5 a (33-55 a), 71% varones. Presentaron criterios histológicos de EHNA 7 pacientes (33%). Todos los pacientes con EHNA presentaron un genotipo del VHC tipo 1 (100%), mientras que en los no-EHNA tenían un genotipo 1 un 58% ($p < 0,05$) y genotipo 3 en un 42%. Los pacientes con EHNA presentaban un mayor grado de fibrosis portal extensa (6/7-86%) en relación con los no-EHNA (4/14-28%) con una $p = 0,06$. La intensidad de esteatosis (grado 2-3) fue similar entre los pacientes con EHNA (71%) y sin EHNA (57%) (p :NS). El grado de inflamación lobulillar fue más marcado (grado 2-3) en el grupo EHNA que en el no-EHNA (83% vs 21%) ($p = 0,06$). La localización del infiltrado inflamatorio en el grupo EHNA fue tanto en el territorio lobulillar como portal (67%) vs al grupo no-EHNA que fue más predominantemente portal ($p < 0,007$).

Conclusiones. La prevalencia de EHNA en pacientes coinfectados VIH/VHC es de un 33% en nuestra serie. En cambio, la presencia e intensidad de esteatosis fue similar entre pacientes con y sin EHNA. Los pacientes con EHNA presentaban una prevalencia y grado de fibrosis más importante. La presencia de EHNA asociada aun mayor índice de fibrosis podría explicar la peor evolución de la hepatopatía en pacientes coinfectados.

A-126**INFECCIÓN VIH EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA**

D. Sande Llovo, P. Sánchez Conde, A. Sanjurjo Rivo, S. Molinos Castro y R. Ojea de Castro

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

Material y métodos. Se han recogido todo los pacientes, diagnosticados de infección VIH con más de 50 años, registrados en la Unidad de patología Infecciosa del Complejo Hospitalario de Pontevedra. Datos analizados: edad, sexo, manifestaciones clínicas, estadio en el momento del debut, motivo de solicitud serología VIH, estado inmunológico en el momento del debut, coinfección con VHB, VHC y supervivencia. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 9,0 para Windows.

Resultados. Total de pacientes: 47. Edad media en el momento del diagnóstico: 55,15 años (rango de 47-79). El 83% eran varones frente a un 17% de mujeres. La vía de transmisión fue sexual en el 91% de los casos (heterosexual 75% y homosexual 14,9%), consumo de drogas vía parenteral en el 6,5% y transfusión de hemoderivados en un 2%. Un 38% de los pacientes presentaban seropositividad para el VHB, observándose asociación estadísticamente significativa con la vía de transmisión homosexual ($p < 0,02$). El 15% presentaban coinfección con el VHC asociándose de forma significativa con la transmisión parenteral ($p < 0,00$). Un 14% presentaba serología positiva para LUES. El motivo de solicitud de la serología VIH fue: en un 25% de los casos una infección oportunista, en un 25% prevención por contacto con VIH conocido o práctica de riesgo, en un 13% por cuadro constitucional, en otro 13% por patología dermatológica y en el 25% restante por otras causas. El 41% de los pacientes debutaron con una enfermedad definitiva de SIDA, el 50% en estadio A y un 8,5% en estadio B. La infección oportunista más frecuente en el momento del diag-

nóstico fue la neumonía por *Pneumocystis carinii* (10,6%). El 12,6% de los pacientes presentaban alguna afectación neurológica en el momento del debut, asociándose de forma significativa a una cifra de CD4 inferior a 50. Con respecto al estado inmunológico, la mediana de CD4 fue de 160 /ml, el 45% de los pacientes presentaban una cifra de CD4 inferior a 200/ml y un 19% menos de 50/ml. La carga viral media fue de 398.000 copias/ml. El 25% de los pacientes presentaron algún proceso neoplásico sin que se asociase de forma significativa la presencia de neoplasia con el grado de inmunodepresión. De los 47 pacientes, 15 evolucionaron a éxitus (32%), falleciendo la mitad de ellos en el primer año tras el diagnóstico. De los 15 pacientes fallecidos 9 (60%), lo hicieron a causa del SIDA, los 6 restantes no se pudo conocer la causa exacta por falta de datos en la historia clínica. La media de supervivencia fue de 1408 días (45 meses). La menor supervivencia se asoció a diagnóstico tardío con enfermedad definitiva de SIDA en el momento del debut ($p < 0,029$).

Conclusiones. En los últimos años se está observando un cambio en la epidemia de SIDA con un incremento en los casos de pacientes mayores de 50 años. En nuestro estudio de acuerdo con la literatura se observa un claro predominio masculino y un aumento en la vía de transmisión heterosexual. Destaca un porcentaje importante de pacientes diagnosticados en un control preventivo (25%). En este grupo se observa un grado de inmunosupresión severo en el momento del diagnóstico en un porcentaje importante de los pacientes. La infección oportunista más frecuente en el momento del debut fue la Neumonía por *Pneumocystis carinii*. Las manifestaciones clínicas son las mismas que en la población más joven, pero la comorbilidad asociada a la edad y la falta de sospecha clínica conllevan a un retraso en el diagnóstico y una menor supervivencia.

A-127**COMPORTAMIENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y SUS DETERMINANTES EN LA POBLACIÓN INFECTADA POR EL VIH**

V. Giner¹, M. Esteban¹, M. Galindo², J. Rodríguez¹, C. Fernández¹, N. Abdilla¹, J. Guix² y J. Redón¹

¹Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Ante la escasa y limitada bibliografía sobre el tema, hemos analizado el comportamiento de la presión arterial (PA) y sus determinantes en un grupo de pacientes VIH regularmente atendidos en Consultas Externas de nuestro Servicio empleando para la medida de la PA metodología de reconocida validez.

Material y métodos. Estudio transversal de 213 pacientes representativos de la población española infectada por el VIH [edad 39,9 años, 68,4% varones, 44,7% SIDA, carga viral VIH 24.789 (86.064) copias/ml, CD4 406 (264)/ml]. Los pacientes respondieron un cuestionario sobre antecedentes vasculares familiares y personales con posterior revisión de las historias clínicas. Como PA clínica (PAc) se tomó la media de tres medidas obtenidas mediante sistema automático (Omron 705). A los pacientes con PA a partir de 140 y/o 90 mmHg se realizó MAPA 24 h (Spacelabs 90207).

Resultados. La media de PAS/PAD del grupo fue 129,9 (16,4)/80,7 (9,8) mmHg. Los hipertensos presentaron mayor edad [$p < 0,0001$], IMC [$p < 0,001$], glucemia basal [$p < 0,0001$], colesterol total [$p = 0,001$] y LDL [$p = 0,025$] así como mayor prevalencia de síndrome metabólico [51,1% vs 9,7%, $p < 0,001$], siendo la prevalencia de HTA proporcional al número de componentes del SM (16,1%, 15,7%, 16,6%, 38,1% y al 66,7% en presencia de 1, 2, 3, 4 ó 5 componentes del SM). Tras el análisis multivariado la edad, el IMC y la glucemia basal quedaron como determinantes independientes de HTA.

Discusión. No parece que la HTA tenga un comportamiento diferencial en la población VIH+. Tampoco parece que las variables relacionadas con la infección jueguen un papel determinante. Es llamativa la elevada prevalencia de HTA clínica aislada.

Conclusiones. El manejo de la HTA en individuos VIH+ no parece necesitar de un abordaje diferencial respecto del establecido para sujetos no infectados.

A-128**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SÍNDROME METABÓLICO EN LA POBLACIÓN INFECTADA POR EL VIH**
**M. Esteban¹, V. Giner¹, M. Galindo², J. Rodríguez²,
C. Fernández², F. García¹, J. Guix² y J. Redón¹**

¹Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna,
²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico
Universitario. Valencia.

Objetivos. Diversos autores han apuntado la posibilidad de que en la infección por el VIH exista un estado aterogénico incrementado en probable relación con la inducción de un estado de resistencia insulínica (RI) por la propia viremia o por ciertos antiretrovirales. Los datos, sin embargo son muy heterogéneos. Pretendemos analizar los potenciales determinantes de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y del síndrome metabólico (SM) en un grupo de pacientes infectados por el VIH representativo de la población española.

Material y métodos. Estudio transversal de 213 paciente VIH+ [39,9 años, 68,4% varones, 44,7% SIDA, CV 24.789 (86.064) copias/ml, CD4 406 (264)/ml, 119 meses desde VIH+]. Los pacientes respondieron un cuestionario de antecedentes CV, se realizó valoración antropométrica y revisión de historias clínicas. Se han definido los casos según las guías ATP III 2001, ESH 2003, ADA 2005 y el Framingham score. Se completó el estudio con HOMA, PCRus, fibrinógeno, homocisteína, apoA, apoB, ecocardiografía, índice íntima/media y albuminuria 24 h.

Resultados. La distribución de FRCV fue: 70,1% fumadores, 51,1% dislipidémicos, 22,1% HTA, 7,5% diabéticos, 5,8% glucemia alterada en ayunas y 5% obesos. El 80% de pacientes tenía un RCV intermedio-bajo, y el 4,6% había tenido un evento CV previo. El 28,1% cumplía criterios de síndrome metabólico y el 37,3% tenía resistencia insulínica. El 70,1% de pacientes con SM presentaba 3 criterios, mayoritariamente dislipidemia. El SM se asoció a mayor edad [42 vs 38 años, $p = 0,001$], IMC [25,1 vs 21,9 kg/m², $p < 0,001$], grasa corporal [22 vs 19%, $p = 0,005$], RCV elevado [$p < 0,0001$], RI [67 vs 21%, $p < 0,0001$], apoB [105 vs 77 mg/dl, $p = 0,004$], toma actual [71 vs 49%, $p = 0,005$] y acumulada de IP [36 vs 25 meses, $p = 0,008$] e ITIAN [82 vs 61 meses $p = 0,002$], lipodistrofia [66 vs 39%, $p = 0,001$] y carga viral [53.989 vs 17.298 cop/ml, $p = 0,007$]. El análisis multivariado relacionó la presencia de SM con la edad, IMC, HOMA, carga viral y toma actual de IP.

Discusión. Es llamativa la gran prevalencia de tabaquismo, dislipidemia, RI y SM junto a la escasa de obesidad. El RCV estimado es el esperable en población joven. Si bien, igual que en población general, determinante principal del SM es la resistencia a la insulina, ciertos tratamientos y la propia infección pudieran influir en su desarrollo, lo que explicaría la asociación significativa con la lipodistrofia y la distinta composición cualitativa del SM.

Conclusiones. Si bien el RV de la población VIH no parece incrementado respecto a la población general, es llamativa la elevada prevalencia de SM y RI. Los mecanismos fisiopatológicos parecen ser específicos de la infección y plantean dudas respecto de su potencial aterogénicidad e implicación en la enfermedad CV.

A-129**COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

**M. Montes Cano¹, V. Friaza¹, N. Respaldiza¹, J. Varela²,
F. Medrano², L. Rivero², E. Calderón² y C. de la Horra¹**

¹Unidad de Investigación - Fundación Reina Mercedes, ²Servicio Medicina Interna (UCAMI). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. En los últimos años se ha descrito la colonización por *Pneumocystis jirovecii* en pacientes inmunocompetentes con diversas patologías pulmonares, incluyendo sujetos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Las técnicas moleculares permiten identificar a este microorganismo así como los diferentes genotipos descritos. Se desconoce la distribución de estos polimorfismos en pacientes con EPOC y la posible implicación en el curso clínico de esta patología. El OBJETIVO de este trabajo es describir la distribución de genotipos de *Pneumocystis jirovecii* y estudiar sus implicaciones fisiopatológicas en la EPOC.

Material y métodos. Se incluyeron 42 pacientes diagnosticados de EPOC, de todos ellos se obtuvieron muestras respiratorias (esputo o lavado orofaríngeo) y suero. Se estudiaron los polimorfismos en el gen mt LSU rRNA mediante PCR tipo Nested y posterior secuenciación directa en las posiciones 85 y 248 de dicho gen. Se tipificó el gen de la dihidropterato sintasa (DHPS) asociado a la resistencia al cotrimoxazol, mediante PCR tipo Touchdown y posterior análisis con enzimas de restricción Acc I y Hae III para mutaciones en los codones 55 y 57 respectivamente. El nivel de anticuerpos se evaluó mediante Western Blot artesanal. Se determinaron las citoquinas proinflamatorias IL-8 y TNF- α utilizando Kit de ELISA comercial.

Resultados. Se detectó *Pneumocystis jirovecii* en un 42,8% de los sujetos, las muestras se secuenciaron identificándose el genotipo mitocondrial, distribuyéndose en: G1 (85C/248C) 27,7%, el G2 (85A/248C) 11,1%, el G3 (85T/248C) fue mayoritario, expresado en 44,4% de los casos y finalmente en un 11,1% de los pacientes en estudio se identificó más de un genotipo. El análisis del gen DHPS mostró que un 28% de los pacientes presentaban mutaciones asociadas a resistencia a cotrimoxazol. La respuesta serológica frente a *Pneumocystis* fue de un 80% en los pacientes con EPOC. Además, en 10 sujetos portadores y 10 no portadores se determinaron los niveles de IL-8 (30,7 vs 26,3 pg/ml) y TNF- α (29,6 vs 23,5 pg/ml).

Conclusiones. Existe una elevada colonización por *Pneumocystis jirovecii* en sujetos con EPOC, probablemente debida a la alta tasa de exposición al microorganismo. El análisis molecular revela que el genotipo 85T/248C aparece mayoritariamente distribuido en pacientes de nuestro entorno, además existe una elevada tasa de resistencia en el gen de la DHPS. Los resultados preliminares muestran una tendencia al aumento de las citoquinas proinflamatorias en los portadores, sugiriendo la necesidad de profundizar en el estudio de la colonización por *Pneumocystis* en pacientes con EPOC. Financiado por Ministerio de Ciencia y Tecnología. SAF 2003-06061, FIS CP 04/217 y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (55/03).

A-130**OSTEONECROSIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH: APORTACIÓN DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**M. Oltra Sempere¹, C. Fernández Rodríguez¹, N. Abdilla Bonías¹, M. Fabiá Valls¹, J. Redón i Mas¹, J. Guix García²,
F. Alcácer García² y M. Galindo Puerto²**

¹Medicina Interna, ²Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic Universitari. Universitat de Valencia. Valencia.

Objetivos. La osteonecrosis (o necrosis avascular) es una entidad poco frecuente tanto en población VIH como en no VIH. No obstante, la prevalencia parece ser mayor en los primeros. La etiología es desconocida aunque hay múltiples factores de riesgo relacionados con ella. Nuestro objetivo era recoger los datos referentes a los pacientes de nuestro servicio que habían presentado osteonecrosis y compararlos con los casos descritos en la bibliografía.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con infección VIH visitados en nuestro servicio que desarrollaron osteonecrosis bien documentada, registrándose: características de los pacientes, estadio de su enfermedad y posibles factores de riesgo. Se recogieron diversos parámetros bioquímicos que pudieran estar relacionados (glucemia, colesterol total, colesterol fraccionado, tiempo de tromboplastina parcial, ácido úrico, plaquetas, fibrinógeno), datos relacionados con la infección por VIH (tiempo de evolución, vía de contagio, tratamiento, enfermedades definitorias de SIDA, carga viral y CD4) y datos relacionados con la osteonecrosis (fecha, localización, pruebas realizadas).

Resultados. Se observaron 4 casos de osteonecrosis (3 en cabeza de fémur y 1 en astrágalo) sobre 1100 pacientes controlados en Consultas Externas. No se encontraron coincidencias en su estado inmunológico, en los parámetros analíticos ni en el tratamiento, salvo en el hecho de que los 4 pacientes estaban siendo tratados con lamivudina. No se apreciaron factores de riesgo comunes a los que atribuir la osteonecrosis.

Discusión. La osteonecrosis es una enfermedad de baja prevalencia en la población VIH, aunque superior a la de la población general. Su relación con el tratamiento antirretroviral no está demostrada y llama la atención la poca existencia de factores de riesgo asociados a esta entidad en pacientes con infección por VIH, lo que podría deberse a

una etiología ligada directamente a dicha infección. En nuestra serie, respecto al tratamiento, todos los pacientes recibían TARGA, pero las características en cuanto a tiempo transcurrido y combinaciones eran muy diferentes, coincidiendo solamente en la coexistencia de lamivudina, aunque no existe en la bibliografía datos que relacionen este fármaco de manera directa y siendo muy común en los tratamientos para el VIH. No había alteraciones importantes de tipo metabólico ni tampoco en su estado inmunológico, si bien el tamaño de la muestra es pequeño, lo que hace más difícil este tipo de valoración.

Conclusiones. La osteonecrosis es una lesión que se produce en el VIH con mayor frecuencia que en la población general. Es importante que los médicos que traten problemas musculoesqueléticos estén alerta de la posibilidad de diagnosticar osteonecrosis en pacientes con infección por VIH. Se necesitan nuevos trabajos para determinar si existe alguna asociación entre la infección VIH y la osteonecrosis antes de poder establecer protocolos de actuación frente a este problema.

A-131 RESISTENCIAS A SULFAMIDAS EN PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

C. de la Horra¹, M. Montes Cano¹, V. Friaza¹, N. Respaldiza¹, L. Rivero¹, F. Medrano², J. Varela² y E. Calderón²

¹Unidad de Investigación, Fundación Reina Mercedes, ²Servicio Medicina Interna (UCAMI), Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. En ausencia de métodos de cultivo, el desarrollo de técnicas de biología molecular ha permitido determinar la presencia de mutaciones en el gen de la Dihidropteroato sintasa (DHPS) asociado a la resistencia a sulfamidas que se relaciona con el fracaso de la profilaxis en la neumonía por *Pneumocystis* (PcP). Se han descrito que las mutaciones en el aminoácido Thr/55/Ala y en el Pro/57/Ser, están presentes en sujetos infectados por *Pneumocystis* en nuestro medio. El objetivo de este estudio es describir la distribución de mutaciones en el gen de la DHPS de *Pneumocystis* en nuestro medio.

Material y métodos. Se incluyeron 60 pacientes infectados por *P. jirovecii* (39 colonizados y 21 con PcP); 18 mujeres y 42 hombres con una edad media de 52.32 ± 17 años, 3 pacientes habían recibido profilaxis con cotrimoxazol y 11 estaban en tratamiento con corticoides. Además 33 de los pacientes incluidos en el estudio eran fumadores. La identificación de *P. jirovecii* en las muestras se realizó mediante amplificación del fragmento mtLSU:rRNA de mediante nested PCR (los cebadores utilizados fueron pAZ102-E y -H y pAZ102-X e -Y). Se analizó el genotipo de la DHPS mediante RFLP utilizando PCR tipo touch-down (cebadores DHPS-3 y -4) y digestión del fragmento amplificado con las enzimas de restricción Acc I para mutación en posición 55 y Hae III en la posición 57.

Resultados. La distribución de los distintos genotipos de la DHPS se muestra en la tabla 1. El análisis estadístico mostró que no existían diferencias significativas entre la presencia de mutaciones vinculadas a la resistencia al cotrimoxazol y la edad, sexo tratamiento con corticoides o hábito tabáquico. La presencia de mutaciones en pacientes con neumonía por *Pneumocystis* fue significativamente mayor que en pacientes colonizados (42.8% vs 17.9% p = 0,001).

Conclusiones. Existe una elevada tasa de cepas con mutación en el gen de DHPS en nuestro medio, localizándose en nuestro entorno todos los polimorfismos descritos. La existencia de mutaciones es significativamente mayor en pacientes con neumonía que en sujetos colonizados. Financiado por Ministerio de Ciencia y Tecnología. SAF 2003-06061, FIS CP 04/217 y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (55/03).

Tabla 1. Distribución de genotipos de DHPS.

| Genotipo | Sujetos colonizados (n = 39) | PcP (n = 21) | Total (n = 60) |
|----------|------------------------------|--------------|----------------|
| w/w | 12 | 32 | 44 |
| 55/w | 3 | 1 | 4 |
| w/57 | 2 | 3 | 5 |
| 55/57 | 2 | 1 | 3 |
| mezcla | 2 | 2 | 4 |

A-132 ALTERACIONES DE LOS MARCADORES DE METABOLISMO ÓSEO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

S. Bahamonde, E. Santos, A. Fuertes, M. Cordero, G. Luna, G. Alonso, M. Pérez y R. Merchán

Medicina Interna. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. Determinar, mediante el estudio de marcadores de recambio óseo, si los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que incluyen en su tratamiento fármacos como inhibidores de la proteasa (IP), didanosina (ddi), estavudina (d4T), y tenofovir disopoxil fumarato (TDF) presentan más alteraciones óseas que aquellos que no los reciben.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con infección por el VIH seguidos en las tres consultas de Medicina Interna del Hospital Universitario de Salamanca que de forma habitual tratan a estos pacientes. Se incluyeron pacientes que consultaron entre los meses de mayo a septiembre de 2004. Como marcadores de formación ósea se determinaron fosfatasa alcalina ósea (FAO) y osteocalcina (OC), y como marcadores de resorción, deoxipiridinolina (Dpir) y Crosslaps (CL).

Resultados. Del total de 129 pacientes (90 hombres y 39 mujeres) un 58.1% presentaban valores de FAO por encima del límite alto de la normalidad, el 67.2% para la OC, el 54.5% para la Dpir y el 74.6% para los crosslaps. 50 pacientes estaban recibiendo IP, 36 ddi, 42 d4T, y 36 TDF. En el caso de los pacientes que incluían IP en su tratamiento el 64% presentaban niveles elevados de FAO, 82,1% niveles elevados de OC, 62,5% de Dpir y el 85,4% de los crosslaps. Al analizar la inclusión de ddi, un 69% de pacientes tenían valores elevados para la FAO, un 75% para la OC, un 68,3% para la Dpir y un 84,6% para los crosslaps. La presencia de d4T en el tratamiento mostró que un 55,6% de pacientes tenían niveles altos de FAO, 61,1% de OC, 50,0% de Dpir y 65,7% de crosslaps. Finalmente en el caso del TDF se obtuvo un 83,3% para la FAO, un 100% para la OC, un 87,5% para la Dpir y un 60,0% para los crosslaps.

Discusión. En los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), se encuentran alterados tanto marcadores de formación (FAO, OC) como marcadores de resorción (Dpir, crosslaps). Estas alteraciones son especialmente llamativas en el caso de los crosslaps. Fármacos clásicamente implicados en las alteraciones óseas de los pacientes con infección por VIH (IP, ddi, d4T, TDF) presentan con mayor frecuencia alteraciones en los MMO. Estas alteraciones son más pronunciadas en el caso del TDF.

Conclusiones. La afectación ósea en los pacientes con infección por el VIH es frecuente, sobre todo en aquellos que reciben tratamiento. El estudio de los marcadores de metabolismo muestra importantes alteraciones en los marcadores de formación y de resorción que es necesario seguir estudiando con otras técnicas diagnósticas como la densitometría para encontrar una traducción clínica.

A-133 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 12 CASOS DE OSTEOMIELITIS VERTEBRAL EN UN HOSPITAL GENERAL

J. Ruiz Mesa, R. Quirós López, J. Aguilar García, I. Escot Cabeza, J. Olalla Sierra, S. Domingo González, M. Martín Escalante y J. García Alegría

Medicina Interna. Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas y evolutivas de osteomielitis vertebral (OV) en el Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga).

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en el Hospital Costa del Sol durante un periodo de 10 años (1996-2005). El diagnóstico de OV fue establecido en base a los dos siguientes criterios: dolor raquídeo de carácter inflamatorio y presencia de lesiones compatibles con OV en cualquier técnica de imagen. Se realizó análisis estadístico con SPSS 12.0

Resultados. Durante el período estudiado fueron diagnosticado 15 casos de OV, de los cuales 3 fueron pediátricos. Se analizaron

los restantes 12 casos. La edad media fue de 53,25 años (+21,2), con un rango de 15 a 71 años. La distribución por sexo fue 7 (58,3%) varones y 5 mujeres. El 91,7% procedía de área urbana. Un 41,7% fueron diabéticos y un 33,3% presentó enfermedad crónica debilitante o inmunosupresión. Los segmentos de columna vertebral afectados fueron dorsal en 2 casos (16,7%), dorso-lumbar en 1 (8,3%) y lumbar en 9 (75%). La duración media del cuadro clínico fue de 62,92 días. Presentaron fiebre (66,7%), escalofríos (25%), cuadro constitucional (75%), dolor raquideo inflamatorio (91,6%) y déficit neurológico exploratorio (25%). Se realizó hemocultivos en un 83,4%, siendo en la mitad de los casos positivos. En 5 casos se realizó biopsia ósea (41,7%), con cultivos positivos en 3 casos. En cuanto al diagnóstico etiológico, 10 casos fueron de origen piógeno (50% por *S. aureus*, 10% polimicrobiana y 40% no filiado), 1 caso por *Brucella* spp. y 1 caso por *Candida glabrata*. A todos los pacientes se realizó Rx simple de columna, gammagrafía en 2 casos (16,7%), TAC en 6 casos (50%) y RNM a 9 casos (75%). El número de vértebras afectadas fue de 2,17 (r:1-5). En el 83,3% hubo afectación discal en una o más técnicas de imagen. La afectación anatómica fue anterior (27,3%), ambas (27,3%) y sólo afectación de platillo (45,5%). Se objetivó masa paravertebral en 5 casos (41,7%), absceso del psoas en 2 casos (16,7%) y absceso epidural en 1 caso (8,3%). En un 45,5% se realizó tratamiento empírico inicial, fue modificado en un 36,4% y en un 18,2% fue específico desde el inicio. La duración media del tratamiento médico fue de 51,78 días. Se precisó tratamiento quirúrgico en 3 casos. En 1 caso hubo fracaso terapéutico médico y quirúrgico con secuela funcional grave. La estancia media hospitalaria fue de 55,5 días.

Discusión. La osteomielitis vertebral es una infección infrecuente, aunque su frecuencia esta incrementándose debido al envejecimiento de la población y la presencia de enfermedades crónicas o inmunosupresión concomitante. Al igual que otras series de casos, la etiología principal es de origen bacteriano y concretamente el *S. aureus*, es el germen más frecuentemente aislado. A pesar de estar en un área endémica de brucelosis, sólo encontramos un caso de osteomielitis vertebral brucelar. Llama la atención la ausencia de etiología tuberculosa, que en otras series alcanza entre un 5-19%.

Conclusiones. En un 70% existía enfermedad crónica subyacente. El segmento vertebral mayormente afectado fue el lumbar. En el 66% de los casos hubo confirmación etiológica, siendo el *S. aureus*, el germen aislado con mayor frecuencia. En el 75% de los casos se llegó al diagnóstico por RNM. El tratamiento quirúrgico se precisó en el 25% de los casos. Sólo en 1 caso hubo fracaso terapéutico médico y quirúrgico.

A-134 INFECCIÓN POR *MYCOBACTERIUM XENOPI*

L. Mateos Polo, E. Puerto Pérez, M. Sánchez Ledesma, A. Antolí Rollo, J. Aláez Cruz, J. Hernández Criado, M. García Rodríguez y N. Cubino Boveda
Medicina Interna I. Virgen Vega. Salamanca.

Objetivos. El *M. xenopi* es BAAR, más frecuente en inmunodeprimidos. La clínica varía desde una infección pulmonar indistinguible de TBC, hasta enfermedad diseminada con fiebre prolongada, síndrome constitucional. Valoramos la presencia de pacientes con *M. xenopi* positivo que presentan en la historia clínica y exploración datos de infección respiratoria.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de veinte enfermos ingresados en la planta de M. Interna durante los meses de enero y febrero del 2005 que presentaban clínica de infección respiratoria. Revisamos en todos los pacientes la anamnesis, exploración física y recogida de esputo para BAAR y cultivo de Lowenstein.

Resultados. Tras la revisión solo hallamos un paciente con infección respiratoria por *M. xenopi*. Se trata de varón 69a con antecedentes de DM II, EPOC tipo enfisema, cirrosis hepática por VHC y VHB con htp y varices esofágicas grado II. Acude por dolor en hemitórax izquierdo de características pleuríticas hace 3 semanas acompañado de tos con expectoración verdosa, sensación distérmica y pérdida de 15 kg en último año. Exp física: BEG, afebril, AP: hipoventilación en ápex izquierdo, aumento de vibraciones vocales.

P. Complementarias; analítica: anemia normocítica normocrómica, leucopenia y trombopenia, elevación de transaminasas y bilirrubina, Rx tórax; caverna en ápex izquierdo. Se sospecha neumonía cavitada en LSD iniciando tto con amoxicilina-clavulánico. Continua con fiebre y MEG, con empeoramiento de función hepática. Se realiza Marcadores tumorales normales, Broncoscopia normal. BAL: bacterias negativas, hongos negativos, Serología: Mycoplasma+, Ac HBC +, Ac HB s +, Tinción de Ziehl- Niessen: micobacterias +. Se diagnostica de TBC pulmonar Iniciamos tto con rifampicina, isoniazida y etambutol, con mejoría del paciente. Nuevo ingreso a los 15 días por dolor abdominal, distensión e ictericia cutáneo mucosa, acompañado de importante empeoramiento de función hepática y renal. Se confirma cultivo + para *Mycobacterium xenopi* Cambiamos pauta antibiótica a quinolonas y claritromicina, por hepatotoxicidad. Juicio clínico Infección respiratoria por *M. xenopi*.

Discusión. El diagnóstico se realiza, siguiendo criterios clínico, radiológicos y microbiológicos (Tinción de Zielh- Nilsen, cultivo de Lowenstein en esputo, orina) de la ATS. El tto incluye pautas con 2 o 3 tuberculostáticos durante 18-24m y en caso de intolerancia se puede emplear las quinolonas o macrólidos.

Conclusiones. De todos los pacientes revisados solamente dos presentaron BAAR positivo para *Mycobacterium* y uno cultivo positivo para *M. xenopi*. En nuestro caso se trataba de un enfermo inmunodeprimido que requirió un tratamiento con tuberculostáticos de 2ª línea. Por tanto, se debería considerar este tipo de infecciones en pacientes inmunodeprimidos con mala respuesta al tratamiento habitual.

A-135 PNEUMOCYSTIS *JIROVECI* EN PACIENTES CON SARCOIDOSIS PULMONAR

R. García Contreras¹, C. de la Horra², M. Montes Cano², N. Respaldiza², E. Rodríguez Becerra³, J. Varela¹, F. Medrano¹ y E. Calderón¹

¹Servicio de Medicina Interna (UCAMI), ²Unidad de Investigación, Fundación Reina Mercedes, ³Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria granulomatosa multisistémica de etiología desconocida, caracterizada por una respuesta inflamatoria desencadenada por un agente desconocido, entre los que se han implicado agentes infecciosos. Recientemente se ha descrito *Pneumocystis jirovecii* en pacientes inmunocompetentes con enfermedad pulmonar intersticial. El objetivo de este estudio es describir la incidencia de infección por *Pneumocystis jirovecii* en pacientes con sarcoidosis pulmonar.

Material y métodos. Se incluyeron 18 pacientes con sarcoidosis pulmonar no tratados. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, hábito tabáquico, estadio radiológico, linfocitos en sangre, para medir el funcionalismo respiratorio se determinó la capacidad de difusión del monóxido de carbono corregida por la hemoglobina y por el volumen alveolar (DLCO /VA). El diagnóstico de *Pneumocystis jirovecii* se realizó mediante nested-PCR en muestras de lavado broncoalveolar, posteriormente se caracterizó el genotipo mediante secuenciación directa.

Resultados. En un 27,8% (5/13) de los pacientes se detectó *Pneumocystis jirovecii* siendo el genotipo más frecuente el tipo 1. No se encontraron diferencias significativas entre portadores y no portadores, en relación al sexo, edad, hábito tabáquico y linfocitos totales en sangre. La DLCO/VA fue menor en los pacientes no portadores que en los portadores aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística (93,3 (13,6) y 122,4 (21,2) respectivamente, p = 0,06).

Conclusiones. La incidencia de colonización por *Pneumocystis jirovecii* es elevada entre los pacientes diagnosticados de sarcoidosis pulmonar. La menor tendencia observada en la DLCO/VA de los pacientes colonizados, podría sugerir que *Pneumocystis* produce una alteración de la permeabilidad de la membrana alveolo-capilar actuando bien de modo mecánico y/o desencadenando una respuesta inflamatoria. Serán necesarios estudios más amplios para aclarar el papel de *Pneumocystis* en esta patología. Ministerio de Ciencia y Tecnología. SAF 2003-06061, FIS CP 04/217 y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (55/03).

A-136**PREVALENCIA DE ANTICORE AISLADO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH****G. Ramírez Olivencia, F. Zamora Vargas y J. Peña Sánchez de Rivera***M. Interna. La Paz. Madrid.*

Objetivos. El significado del patrón anticore aislado («anti HBc») en la infección por VHB aún no se conoce con claridad. Puede corresponder a período ventana, infección pasada, crónica o ausencia de contacto con el VHB. Aparece con una frecuencia variable dependiendo entre otros factores de la región geográfica estudiada y de la presencia de VIH. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia del patrón antiHBc aislado en una cohorte infectada por VIH en Madrid y su significado.

Material y métodos. Se analizó una cohorte de 707 pacientes VIH positivos, en seguimiento en el Hospital La Paz de Madrid, determinándose en dos ocasiones la serología para VHB y revisándose las historias clínicas. Para la determinación de antígeno de hepatitis B se empleó la prueba inmunoenzimática Enzygnost HBsAg 5.0, y para la determinación de anticuerpos antiHBs, el ensayo Enzygnost AntiHBs II. Para ambas determinaciones se usaron equipos BEP II, BEP III y BEP 2000. El método para la determinación cualitativa de anticuerpos antiHBc fue un ensayo competitivo en dos etapas basado en el principio de quimioluminiscencia (CLIA). Se consideraron no respondedores a los pacientes cuyas determinaciones serológicas de anticuerpos antiHBs eran inferiores a 10 miU/ml. y respondedores a aquellos con determinaciones superiores a 10 miU/ml.

Resultados. De una cohorte de 707 pacientes VIH positivos, en seguimiento en el Hospital La Paz de Madrid, 193 presentaban una serología anti HBc positiva (27%). Se obtuvieron serologías completas en dos ocasiones en 122 pacientes encontrando que 108 pacientes resultaban anticore aislado verdaderos (88.5%); 7 pacientes tenían historia previa de infección pasada por VHB (5.7%); 6 pacientes positivizaron antiHBs (4.9%) y un paciente tenía historia de hepatitis B crónica y hepatitis delta (0.8%).

Discusión. El patrón serológico anticore aislado aparece con una frecuencia variable dependiendo de la población estudiada. En EEUU oscila entre el 1-4% y en España es del 5%. Existen diferentes grupos con una prevalencia mayor. Así, el 25% de los usuarios de drogas vía parenteral tienen anti HBc aislado. En las series publicadas de pacientes VIH, el patrón anticore aislado oscila entre el 17 y el 85% de los pacientes. La prevalencia hallada en nuestro trabajo se sitúa dentro de este intervalo y las diferencias con las series que muestran los datos más extremos pueden deberse tanto a la prevalencia de infección por VHB y de otros factores (VHC, vía de adquisición de VIH).

Conclusiones. Es conveniente dilucidar en cuál de las anteriores situaciones se encuentra un paciente con un patrón serológico de antiHBc aislado, dado que permite cortar la cadena epidemiológica y evitar la transmisión del VHB al detectar individuos potencialmente contagiosos; identifica pacientes crónicamente infectados sobre los que es necesario prestar una atención especial, dada la mayor tendencia en los mismos hacia el carcinoma hepatocelular y hacia la enfermedad hepática terminal; y detecta pacientes que siguen siendo susceptibles de infectarse por VHB (falsos positivos).

A-137**ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS DE ANTICUERPOS****A. Robles Marhuenda, I. Pérez Valero, J. Ríos Blanco, P. Lavilla Uriol y A. Gil Aguado***Medicina Interna. La Paz. Madrid.*

Objetivos. 1) Evaluar la prevalencia y otros aspectos epidemiológicos de las enfermedades autoinmunes en pacientes con inmunodeficiencias primarias de anticuerpos. Estudiar el espectro clínico de las enfermedades autoinmunes en estos pacientes.

Material y métodos. Se analizaron 76 pacientes, mayores de 18 años, diagnosticados de una deficiencia primaria de anticuerpos, por la clasificación de la OMS. No se incluyeron los pacientes con déficit aislado de IgA diagnosticados de manera incidental. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS-10,0. Se utilizaron los test Chi cuadrado y exacto de Fisher para determinar diferencias cualitati-

vas. Para comparar datos cuantitativos se usaron los test de Mann-Whitney (2 grupos) y de Kruskal-Wallis (> 2 grupos). El test de rangos de Spearman fue usado para la correlación estadística de los datos cuantitativos.

Resultados. Se incluyeron 44 varones y 32 mujeres. Ocho tenían agammaglobulinemia ligada al sexo (X-Ag), 55 síndrome variable común de inmunodeficiencia (SVCID), 9 deficiencia aislada de IgA (def.IgA), 3 síndrome de hiperIgM (HIgM) y 1 con agammaglobulinemia autosómica recesiva (AR-Ag). Se evidenció patología autoinmune en 35 pacientes: gastritis crónica atrófica en 13, anemia hemolítica autoinmune en 11, tiroiditis autoinmune en 10, trombopenia autoinmune en 9, vitiligo en 4 y otras sistémicas en 16; destacando 3 casos de enfermedad inflamatoria intestinal (2 colitis ulcerosa, 1 enfermedad de Crohn), 3 artritis reumatoides, 3 lupus eritematoso sistémico, 2 síndrome antifosfolípido (uno primario y otro secundario a síndrome Sjögren), 2 sarcoidosis, una crioglobulinemia mixta II, una arteritis de la temporal y una hepatitis autoinmune. Dieciocho pacientes (51%) presentaban más de un cuadro autoinmune; siendo la gastritis atrófica autoinmune con anemia perniciosa la patología que más frecuentemente aparecía aislada. Ocho pacientes presentaban anemia hemolítica y trombopenia hemolítica asociada. Veinticuatro pacientes (44%) con SVCID presentaron alguna afectación autoinmune, 7 (78%) con def.IgA y 4 (50%) con X-Ag. Diecinueve (54%) de los pacientes con patología autoinmune eran mujeres, sin evidenciarse diferencias de género entre el espectro de enfermedades manifestadas. Veintinueve recibían inmunoglobulinas intravenosas; pero no se evidenció diferencias significativas respecto a los pacientes sin expresión autoinmune. Seis pacientes con patología autoinmune fallecieron; 4 por neoplasias y 2 por sepsis respiratoria. No se evidenció diferencias significativas entre la tasa de mortalidad respecto a los pacientes sin afectación autoinmune; aunque si eran más frecuentes ($P < 0,05$) las complicaciones hematológicas, infecciones respiratorias y la malnutrición secundaria a malabsorción. Los pacientes con afectación autoinmune presentaron 2 carcinomas gástricos y 2 linfomas, mientras que solo se diagnóstico un carcinoma gástrico en el grupo control, aunque sin diferencias estadísticas.

Discusión. Aunque las manifestaciones habituales en estos pacientes son consecuencia de procesos infecciosos, es frecuente la afectación autoinmune; a pesar de lo incongruente de esta asociación a priori. Las causas parecen ser variadas, desde alteraciones en la síntesis de ciertas citoquinas (IL-2, TGF alfa, IFN alfa, ...), alteraciones en las delecciones timocitarias, ... Las entidades más frecuentes fueron la gastritis atrófica autoinmune, la tiroiditis autoinmune y la afectación hematológica inmune. Aunque las enfermedades autoinmunes organoespecíficas son más frecuentes que las de afectación sistémica, la prevalencia de estas últimas es superior a la de la población general. El uso de autoanticuerpos para el diagnóstico y el seguimiento está limitado en estos pacientes, por el déficit en la síntesis de inmunoglobulinas, debiéndose preponderar los aspectos clínicos.

Conclusiones. La patología autoinmune es frecuente entre los pacientes con inmunodeficiencias primarias de anticuerpos. Las entidades clínicas más prevalentes son la gastritis crónica atrófica y la anemia hemolítica autoinmune; con frecuente participación de enfermedades sistémicas inmunológicas. Los pacientes con autoinmunidad no parecen tener mayor mortalidad, aunque sí mayor incidencia de neoplasias.

A-138**FORMAS DE PRESENTACIÓN DE TBC EN UNA COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS****J. Aláez Cruz, A. Antolí Rollo, E. Puerto Pérez, M. Sánchez Ledesma, N. Cubino Bóveda, J. Martín Oterino, L. Mateos Polo y C. Montilla Moriles***Medicina Interna. Clínico Universitario. Salamanca.*

Objetivos. Analizar la incidencia de TBC en nuestro medio y la distribución de las formas de presentación que requirieron ingreso hospitalario, así como los parámetros clínicos y analíticos en pacientes con y sin VIH.

Material y métodos. Se trata de un análisis retrospectivo en el que se revisaron los casos de TBC diagnosticados en los Servicios de Anatomía patológica y Microbiología del Hospital Universitario de

Salamanca, que requirieron ingreso hospitalario, en un periodo de tiempo de cuatro años (1/3/2001-31/3/2005). Clasificamos las formas de presentación de TBC en: TBC pulmonar según patrón radiológico (miliar, nodular, condensación, caverna o neumotórax), TBC diseminada (pleural: derrame derecho, izquierdo, bilateral o pleuritis. Otras: ganglionar, pericárdica, osteoarticular, hepática, intestinal, meníngea, renal, VHC y miliar) y TBC mixta (pulmonar y diseminada). Se incluyeron todos aquellos casos diagnosticados de TBC mediante los criterios detallados a continuación: -Presencia de BAAR mediante tinción de Ziehl-Nielsen y/o cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* en medio de Löwestein-Jensen. Granulomas con necrosis gaseosa en muestras de estudios histológicos obtenidos por PAAF o biopsia. Se recogieron datos referentes a factores predisponentes en los antecedentes como, estado serológico frente a VIH, VHC y tratamiento antirretroviral.

Resultados. Las tasas anuales fueron: 9,6, 10,6, 11,3, 10,6/100, 000 habitantes entre 2001 y 2005. El 68,5% eran varones y el 57,5% eran menores de 65 años. El 18,9% eran VIH+. En cuanto a las formas de presentación en menores de 65 años: TBC pulmonar 26%, TBC diseminada 27,4% y TBC mixta 46,6%. En mayores de 65 años predominan las formas diseminadas 48,1% y TBC mixta 46,3%, encontrándose en este grupo la mayoría de los casos de TBC osteoarticular. En los VIH+ en 50% eran TBC diseminadas y el 50% mixtas. El Mantoux fue + en el 86,3% de los menores de 65 años, 74,1% de los mayores de 65 años y en el 78,6% de los VIH+. El diagnóstico se llevó a cabo por el crecimiento de *M. Tuberculosis* de cultivo en medio específico (Löwestein-Jensen) y en una minoría de los casos por aislamiento de BAAR en muestras histológicas mediante anatomía patológica.

Discusión. En nuestro estudio al tratarse de pacientes que requirieron ingreso hospitalario las tasas obtenidas en los años 2001-2005 parecen muy escasas pero son similares a las obtenidas en otras zonas. La distribución por sexo, edad y VIH+ es similar al comportamiento de la TBC en el resto del país y la tendencia descendente de la TBC en España, fue observada también en este trabajo al revisar el conjunto de casos de aislamiento de *M. Tuberculosis* en cultivos de pacientes que no requirieron ingreso hospitalario. El factor de riesgo más frecuente para la infección la TBC activa era la infección por el VIH y la estancia en prisión (un importante nº de las muestras recibidas en los pacientes VIH+ procedían de centro penitenciario). De la misma manera el tratamiento inmunodepresor y las enfermedades crónicas subyacentes han sido factores de riesgo más relevantes asociados a la TBC sin sida. Hay que recordar que el presente estudio sólo incluye historias clínicas de pacientes ingresados, lo que implica la presencia de formas más agudas y/o evolucionadas de la enfermedad que los casos diagnosticados y controlados de forma ambulatoria.

Conclusiones. Las características de los casos de TBC han cambiado en estos últimos años. Debido a la mejora de los tratamientos frente al VIH, el porcentaje de casos de TBC en este grupo ha disminuido, a pesar de que sigue siendo el factor de riesgo más frecuentemente para la TBC activa y se asocia frecuentemente a TBC diseminada o mixta, implicando un peor pronóstico. Así mismo y debido al empleo de tratamiento inmunodepresores en pacientes mayores la incidencia de TBC mixta o diseminada está aumentando en este grupo de edad.

A-139

¿VIH, TBC Y RECLUSOS, UN COCKTAIL LETAL?

R. Martínez Goñi, M. García Sánchez, B. Valero, A. Botella, Y. Calero, R. Sánchez, S. Reus Bañuls y A. Tello Valero

Servicio Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Objetivos. 1) Estudiar las características de los pacientes con infección VIH y enfermedad tuberculosa (TBC). 2) Determinar los factores de riesgo de tuberculosis diseminada y extratorácica en pacientes con infección por el VIH, con especial énfasis en el efecto de dos variables: a) Procedencia de centro penitenciario. b) Utilización de TARGA.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo de casos y controles de pacientes con infección VIH y TBC diagnosticados entre Enero de 1995 y Julio de 2005 en el HGUA. La información

fue obtenida mediante revisión de historias clínicas (HC) e introducida en un protocolo de recogida de datos. Una vez descritas las características de los pacientes, éstos se comparan mediante dos grupos, aquellos con TBC diseminada (casos) con las formas localizadas (controles). Definimos TBC diseminada como cualquiera de las siguientes situaciones: Patrón miliar en la radiografía o TC de tórax, afectación de dos o más órganos no contiguos y presencia de *M. tuberculosis* en médula ósea o hemocultivos. Para el análisis de variables cualitativas se utilizó el test de Chi cuadrado o Fisher, y para las variables cuantitativas *t* de Student o U de Mann-Whitney.

Resultados. En el periodo a estudio se diagnosticaron 159 casos (N) de TBC en pacientes con VIH. Edad (media ± DE): 34+/-7 años. Varones 122 (81%), procedentes de Centro Penitenciario 27(19%), antecedentes de ADVP 142 (99%), de los cuales activos encontramos 28 casos (20%). Setenta y seis casos (57.6%) se encontraban en estadio C, y la media de CD4 era 193/mm³ (DE ± 175). Tomaban HAART, en el momento del diagnóstico 35 pacientes (26%). Hepatopatía crónica 89 (65%), consumo de alcohol (mayor de 60 gr/día) 22 casos (17%) y con hábito tabáquico 110 pacientes que suponen el 82% del total. Con antecedentes de TBC hallamos 37 (27%). La localización más frecuente de TBC fue la pulmonar (n = 111, 79%) y ganglionar (n = 53, 38%) y cumplían criterios de TBC diseminada 68 casos (48%). Se produjo la muerte de tres pacientes durante el ingreso que supone un 3,8% del total. En el análisis de casos y controles observamos que los pacientes con TBC diseminada presentaban más frecuentemente antecedentes de TBC (40% vs 25%), procedencia de instituciones penitenciarias (33% vs 17%), en estadio C (85 vs 70%), con CD4 < 200 (86% vs 70%) y mayor consumo de HAART (50 vs 29%). Sin embargo, y por el momento, todas estas diferencias no resultan significativas.

Discusión. 1. Existen muy pocos estudios sobre los factores de riesgo de TBCD o TBCE en pacientes con infección VIH. El único factor identificado de forma clara es la cifra de linfocitos CD4+. Sin embargo, hay dos variables sobre las que se dispone de poca información: comportamiento de la tuberculosis en la población penitenciaria y en pacientes que están tomando tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). 2. La población penitenciaria constituye un colectivo con alta incidencia de infección VIH y tuberculosis. Existen muchos estudios epidemiológicos y sobre profilaxis de tuberculosis en medio penitenciario, sin embargo, apenas hay trabajos que describan con precisión las características clínicas de la tuberculosis en este contexto.

Conclusiones. La edad avanzada, las enfermedades crónicas subyacentes y especialmente la inmunodepresión (sobre todo la infección por el VIH) son los principales factores de riesgo de tuberculosis diseminada (TBCD) y extratorácica (TBCE). - Tres de cada 10 pacientes con TBC e infección VIH proceden de centros penitenciarios en este estudio de casos y controles.

A-140

INFECCIONES URINARIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN ADULTOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

E. Calvo, P. Ryan, V. Pardo, M. Granda, C. Recarte, L. Audibert y L. Teigell

Medicina Interna. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Valorar la frecuencia, características epidemiológicas, estancia media, elección de antibióticos y vía de administración de las infecciones del tracto urinario.

Material y métodos. Estudio descriptivo, prospectivo durante un periodo de 6 meses (diciembre 2004-Mayo 2005) de aquellos pacientes que presentaron infección del tracto urinario como diagnóstico principal o secundario en la Unidad de Corta Estancia de nuestro hospital. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, días de estancia hospitalaria, procedencia, sondaje vesical, tipo de ITU: baja (uretritis, cistitis), alta (pielonefritis), enfermedades asociadas, características del sistemático de orina realizado, resultados de urocultivo y hemocultivos, tratamiento antibiótico y germen responsable.

Resultados. Resultados. De un total 135 pacientes ingresados en la unidad de corta estancia, con edad media (DE: desviación media) de 77,38 años (DE:12,76) en los pacientes con infección urinaria baja y de 44,17 años (DE:21,21) en los pacientes con infección urinaria

alta. 65 pacientes se encontraban en el grupo de infección baja [24 (29,2%) hombres y 41 (70,8%) mujeres] y 70 en el de infección alta (17 (11,4%) hombres y 53 (88,6%) mujeres). La estancia media fue de 4,8 días en el caso de infección baja y de 5,2 en el caso de infección alta. En las infecciones del tracto urinario bajo, 19 pacientes (29,2%) eran diabéticos y 46 (70,8%) no lo eran. En las altas, 8 pacientes (11,4%) eran diabéticos frente a 62 (88,6%) de pacientes no diabéticos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según tipo de infección (alta o baja) en las variables síntomas de infección urinaria, presencia de nitritos en el sistemático de orina, hematuria, realización de urocultivo y vía de administración antibiótica. Según sexo, se encontraron diferencias estadísticas en la variable insuficiencia renal, presencia de broncopatía, de sonda vesical permanente y vía de administración de tratamiento antibiótico. De los antibióticos, los más utilizados fueron los betalactámicos (77%) y las quinolonas (17,8%). En el 65,8% de los casos no se pudo aislar ningún germen. El germen más frecuentemente aislado fue *E. coli* en un 22%. Del total de gérmenes un 4,4% fueron resistentes a betalactámicos y un 3% resistentes a quinolonas.

Conclusiones. Las infecciones del tracto urinario son más frecuentes en mujeres. Las infecciones bajas afectan a personas de mayor edad, cursan de forma asintomática y están asociadas más frecuentemente a otras patologías en comparación con las infecciones del tracto urinario alto. Los pacientes con infección de orina alta presentaban con más frecuencia esterasa leucocitaria positiva, nitritos positivos y bacteriuria. No hubo diferencias entre el tipo de infección y el ser portador de sonda urinaria. La piuria y los urocultivos positivos fueron más frecuentes en las infecciones bajas. *E. coli* fue el germen más aislado con un alto grado de resistencia a betalactámicos y quinolonas.

A-141

DIFERENCIAS DE PACIENTES CON INFECCIÓN URINARIA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA ITU SEGÚN TENGAN O NO DIABETES MELLITUS

P. Ryan, E. Calvo, L. Martín, J. Hens, T. Aldamiz Echevarría, M. Sánchez y A. Martín

Medicina Interna. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. estudio de las características de los pacientes con infección del tracto urinario ingresados en una unidad de corta estancia en un hospital de tercer nivel, comparando aquellos con diabetes y los que no son diabéticos.

Material y métodos. Se analizaron un total de 135 pacientes ingresados en la unidad de corta estancia del Hospital Universitario Gregorio Marañón con infección del tracto urinario en el diagnóstico principal o secundario. Durante un período de seis meses, entre diciembre 2004 y mayo 2005.

Resultados. De los 135 pacientes, 30,4% eran hombres y el 69,6% eran mujeres. La media de edad fue de 60 años. La estancia media fue de 5 días con un mínimo de 1 día y un máximo de 23 días. Del total 27 pacientes (20%) eran diabéticos y el y 108 (80%) no eran diabéticos. Del total de pacientes presentaban ITU baja 65 pacientes (48%) y 70 (52%) ITU alta. En los diabéticos la ITU baja fue del 70% y en los no diabéticos fue del 42%. De los 135 pacientes 89 (65,9%) presentaron síntomas de infección urinaria. De los 27 pacientes diabéticos 15 presentaron síntomas (55,5%) y en los no diabéticos 74 (68,5%). A 38 (28,1%) pacientes se les realizó ecografía. Al 18,5% de los pacientes diabéticos se realizó ecografía abdominal. De los pacientes con infección baja se realizó ecografía al 9,2%, y al 45,7% de los pacientes con infecciones altas. De los pacientes con insuficiencia renal el porcentaje de infecciones bajas fue superior que el de altas. (62,9% vs 37%). De todas las infecciones altas el 14,2% presentaban insuficiencia renal. A los pacientes con síntomas de infección urinaria se practico ecografía al 37%. Los diabéticos portaban sonda vesical en un 14,8% en comparación con los no diabéticos que solo la portaban el 5%. El 40,7% de los pacientes diabéticos tenían insuficiencia renal en comparación con el 14,8% de los no diabéticos. El 33,3% de los diabéticos presentaba algún tipo de demencia (habitualmente leve) en comparación con el 8% de los no diabéticos. En germen aislado más frecuentemente en ambos grupos fue el *E. coli*.

Conclusiones. En los pacientes diabéticos la infección del tracto urinario bajo es más frecuente, y suele presentarse de forma asintomá-

tica en comparación con los no diabéticos. Los pacientes diabéticos en comparación con los no diabéticos presentaban más comorbilidades, urocultivos y hemocultivos positivos, sonda urinaria y demencia. En cuanto al germen aislado y el tipo de tratamiento administrado no hubo diferencias significativas en diabético y en no diabéticos.

A-142

TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES CON PROGRAMA DE METADONA. EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA LA MANCHA

J. Barberá Farré¹, I. Tárraga², F. Mateos², E. Martínez Alfaro², P. Geijo³, C. Rosa³, M. Montes⁴ y M. Rodríguez Zapata⁴

¹Medicina Interna. H.G. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. ²Enfermedades Infecciosas. H.G. de Albacete. Albacete. ³Enfermedades Infecciosas. H.G. Virge de la Luz. Cuenca. ⁴Medicina Interna. H.G. de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. El tratamiento de la hepatitis C con Interferón pegilado asociado a Ribavirina consigue la curación del 60% (en coinfectados del 40%) de pacientes. Esta contraindicado en udvp activos, sin embargo en los pacientes que siguen un programa de metadona, no existe un consenso de actuación. Nos planteamos evaluar la eficacia, seguridad y adherencia de los tratamientos indicados con Interferon asociado a Rivabirina en pacientes con infección por el VHC, que siguen un programa de metadona, en la Comunidad de Castilla La Mancha.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el cual se consensuó y elaboró un protocolo de recogida de datos, que se envió a todos los hospitales de Castilla La Mancha, para la inclusión de todos los pacientes tratados hasta 31 de diciembre-2004. Se analizaron las siguientes variables: sexo, genotipo VHC, coinfección con VIH, clase de Interferón, tiempo de tratamiento, respuesta terapéutica, causa de abandono y efectos adversos graves. Los resultados se recogieron en una base de datos y se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

Resultados. Tan solo en cuatro centros han tratado a pacientes en programa de metadona, que acumularon un total de 36, de los cuales 12 estaban coinfectados. El 88% eran varones. Iniciaron tratamiento con Interferon pegilado asociado a ribavirina 32 pacientes. La respuesta viral sostenida fue del 46% (del 39% en genotipo 1 y 4 y del 50% en 2 y 3) en pacientes sin coinfección, que bajó al 33% en pacientes coinfectados. La tasa de abandonos fue del 39%, principalmente en los dos primeros meses. No presentaron ningún efecto adverso grave.

Conclusiones. El tratamiento del VHC en pacientes con programa de metadona, parece razonablemente seguro y suficientemente eficaz. Sin embargo existe un alta porcentaje de abandonos. Por ello, y especialmente en este colectivo la motivación del paciente y el refuerzo de adherencia en colaboración con los CITD (Centro integral de tratamiento de drogodependencias), debe ser intensa y continua.

A-143

ENDOCARDITIS NEUMOCÓCICA

J. del Toro Cervera¹, M. Alhama Belotto², P. Casado Escribano¹, C. Cuevas Tasconi¹, A. Castuera Gil¹ y E. Gargallo García¹

¹Medicina Interna I, ²Cardiología. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La endocarditis por *Streptococcus pneumoniae* es una enfermedad rara, siendo el 1-3% de las producidas en válvula nativa. Posee una alta mortalidad y clásicamente se ha asociado con neumonía y meningitis, aunque en ocasiones se presenta como endocarditis aguda aislada o incluso como endocarditis subaguda, con síndrome confusional como única clínica. La neumonía y las infecciones del tracto respiratorio superior son la puerta de entrada habitual, existiendo también casos sin puerta de entrada aparente. Afecta con frecuencia a enfermos crónicos y debilitados, sobre todo a alcohólicos. El tratamiento médico con frecuencia se tiene que acompañar de cirugía. Con ocasión de un caso de endocarditis neumocócica de curso subagudo visto por nosotros, sin puerta de entra-

da aparente ni factores de riesgo previos y sobre válvulas protésicas aórtica y mitral, con evolución favorable solo con tratamiento médico, realizamos un estudio retrospectivo para averiguar la frecuencia de la enfermedad en un hospital de tercer nivel como el nuestro, revisar las características clínicas de los casos que se hallasen y revisar la literatura.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas del archivo central del hospital Gregorio Marañón, codificadas como endocarditis infecciosa desde el año 2000 hasta el año 2005, considerándose objetivo del estudio los casos de endocarditis con documentación microbiológica de etiología neumocócica.

Resultados. Se encontraron durante el periodo de más de cuatro años 190 casos de endocarditis infecciosa, siendo el único caso de etiología neumocócica el estudiado por nosotros y que dió motivo al estudio, y que relatamos a continuación (existiendo además otro caso más que cursó con meningitis y neumonía, que no está incluido en el estudio, habiéndose comunicado personalmente): Paciente de 77 años de edad con antecedentes de prótesis mitral y aórtica implantadas cinco años antes, en FA crónica y GF I-II de la NYHA para disnea. Ingresó en el hospital por presentar desde unos días antes desorientación temporoespacial, objetivándose 24 horas antes fiebre de hasta 39,5 °C y obnubilación. La exploración física reveló un soplo sistólico eyectivo en BEI en la auscultación cardiaca. La Rx de torax no mostraba alteraciones significativas y se obtuvieron 3 hemocultivos que fueron positivos para *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilina. Una punción lumbar mostró un LCR normal y un ecocardiograma transesofágico mostró imágenes filiformes en la cara auricular del anillo mitral y en el tracto de salida del VI por debajo de la prótesis aórtica compatibles con endocarditis. Con el diagnóstico de endocarditis infecciosa secundaria a *S. pneumoniae*, la paciente fue tratada con ceftriaxona i.v. 2 g/día durante 6 semanas, con buena evolución clínica y ecocardiográfica con total desaparición de las verrugas, siendo dada de alta totalmente asintomática.

Discusión. La incidencia hallada en nuestro hospital de un caso de endocarditis neumocócica en 190 casos de endocarditis infecciosa en cuatro años, esta de acuerdo con la baja incidencia de esta enfermedad descrita en la literatura en el momento actual (1-4%), y coincide con otro estudio realizado en nuestro hospital, prospectivo, de casos de endocarditis diagnosticados entre 1994 y 1996, en el cual de 109 endocarditis no se halló ninguna secundaria a neumococo. La ausencia de casos clínicos de endocarditis neumocócica no permite sacar ninguna conclusión sobre sus características clínicas, aunque sí cabe decir que la incidencia sigue siendo mínima, y que las circunstancias de aparición en cuanto a puerta de entrada, factores de riesgo previos del enfermo, curso clínico etc no son siempre las descritas clásicamente en la literatura.

Conclusiones. La incidencia de endocarditis infecciosa neumocócica es muy baja, siendo en nuestro hospital de aproximadamente un 1%. Las características clínicas clásicamente asociadas a la endocarditis neumocócica de evolución aguda en pacientes debilitados, incidiendo sobre válvula nativa y con puerta de entrada a través de neumonía no siempre ocurren en la práctica clínica. -La forma clínica subaguda de endocarditis neumocócica, obliga a un alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

A-145 PRIMOINFECCIÓN SINTOMÁTICA POR VIH. REVISIÓN DE CINCO CASOS

M. J. Tuya Morán, C. Quintana López, D. Pérez Martínez, C. Ramas Díez, I. Carrio Montes, J. L. Menéndez Caro y M. Zárraga Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias.

Objetivos. Entre 2 y 4 semanas después de la exposición al VIH, aparecen las manifestaciones clínicas del síndrome retroviral agudo o primo infección. Puede presentarse como un tipo de mononucleosis, como meningitis aséptica o con síntomas inespecíficos. Establecer el diagnóstico es importante por la alta infectividad durante esta fase, y como predictor de progresión rápida a SIDA en los casos que presentan síntomas severos. Pero el diagnóstico de la infección aguda es infrecuente, sobre todo en los casos leves, ya que los síntomas, no son característicos, y se resuelven espontáneamente. Nues-

tro objetivo es describir las características clínico-epidemiológicas de los casos de primo infección por VIH diagnosticadas en el Servicio de MI de un hospital de segundo nivel.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de cinco pacientes diagnosticados de primo infección sintomática entre los años 1996 a 2005. El diagnóstico microbiológico de primo infección se estableció: -Elisa positivo débil/positivo con WB indeterminado/negativo. Elisa negativo con Antígeno p24 positivo.

Resultados. Edad media 41,8 años. Sexo: varones 5 (100%). Síntomas y signos: fiebre 5 (100%), astenia 4 (80%), diarrea 3 (60%), faringitis 2 (40%), cefalea 2 (40%), exantema 2 (40%), adenopatías 2 (40%), mialgias 1 (20%), hepatomegalia 1 (20%), aftas 1 (20%), adelgazamiento 1 (20%), tos 1 (20%). Datos de laboratorio: Linfopenia inicial 2 (40%), linfomonocitosis 4 (80%). Alteración pruebas hepáticas 5 (100%). Los diagnósticos de sospecha al ingreso fueron: gastroenteritis aguda 2 (40%), mononucleosis infecciosa 1 (20%), TBC 1 (20%), fiebre origen desconocido 1 (20%). No reconocieron factores de riesgo inicialmente: 4 (80%). Tiempo medio en confirmar diagnóstico: 16,8 días. Infecciones asociadas: VHC 2 (40%). Valor medio de CD4: 452,2. Carga viral media 6,5 log Recibieron tratamiento antirretroviral 4 (80%).

Conclusiones. Las manifestaciones de la primo infección VIH son inespecíficas, muy variables y son fácilmente confundidas con enfermedades comunes. La linfomonocitosis aparece con frecuencia en el curso evolutivo, aunque no esté presente inicialmente. El factor de riesgo sexual no es reconocido de entrada en muchos casos. Incluir la determinación de antiVIH en la batería serológica del síndrome febril evitaría retrasos diagnósticos, estudios innecesarios y permitiría iniciar un tratamiento antirretroviral más precoz en el caso que se considere adecuado.

EDAD AVANZADA

EA-001

LA ANEMIA DEL ANCIANO. UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO E. Calvo Buguera, A. Ania Lahuerta, J. González Igual, C. Toyas Miazza, M. Díaz Hurtado, I. Gutiérrez Cía, F. Ruiz Ruiz y J. Pérez Calvo

Medicina Interna. Hospital Comarcal de Barbastro. Barbastro, Huesca.

Objetivos. El receptor celular de la transferrina es la puerta de entrada del hierro a la célula. Un pequeño número de estos receptores se escinden y circulan en forma libre en el plasma denominándose, cada uno de ellos, receptor sérico de la transferrina (sRTf). En la anemia ferropénica existe una elevación del sRTf, que no ocurre en la anemia de procesos crónicos. Ni la edad ni el sexo influyen en esta relación ferropenia-sRTf. Los pacientes atendidos en Medicina Interna habitualmente son mayores de 65 años con pluripatología y polimedicados. La batería analítica habitual en el estudio de la anemia presenta baja sensibilidad en el diagnóstico de anemia ferropénica en este tipo de pacientes. La ferritina es el test analítico más utilizado para el diagnóstico de ferropenia, sin embargo es un reactante de fase aguda positivo, aumenta en situaciones infecciosas, inflamatorias y/o tumorales y se modifica con la edad. El rango de normalidad de la ferritina en el anciano no está bien definido. El Índice (sRTf/log Ft) parámetro que relaciona ambos parámetros, permanece invariablemente elevado cuando la anemia es por déficit de hierro, a pesar de las patologías intercurrentes crónicas o agudas. Por esto, ha sido propuesto como un marcador sensible de ferropenia en el contexto de anemia de procesos crónicos. En este trabajo proponemos: 1) Estudiar las ventajas que aporta la medición del sRTf y su Índice a los parámetros analíticos habituales en el diagnóstico de ferropenia en los pacientes mayores de 65 años 2) Comprobar que es preciso aumentar el rango de normalidad de la Ferritina en el anciano.

Material y métodos. Se trata de 64 pacientes mayores de 65 años con anemia micro y normocítica, cuyo diagnóstico etiológico fue patología benigna de tubo digestivo. Se descartó la existencia de hemólisis y un déficit de ácido fólico y/o vitamina B12. Variables in-

cluidas en el estudio: Edad, sexo, hemoglobina (Hb), hematocrito (Htco), volumen corpuscular medio (VCM), hierro (Fe), ferritina (Ft), transferrina (Tf), índice de saturación de la transferrina (IST), receptor sérico de la transferrina (sRTf), índice (sRTf/logFt), plaquetas, velocidad de sedimentación globular (VSG). Se ha utilizado el programa SPSS 12,0 para el análisis estadístico.

Resultados. La Media \pm DE de las variables cuantitativas fue: Hb: 8 ± 19 , Htco: $26,30 \pm 6$. VCM: $73,61 \pm 10$, Fe: $16,80 \pm 10$, Tf: $283,92 \pm 71$. sRTf: $4,7 \pm 3$. Ft: $43,44 \pm 11$. Pq: 274.560 ± 143.893 . VSG: $27,38 \pm 19$, Se trataba de 42 mujeres y 22 hombres. La media de Edad fue 76 ± 7 , con un mínimo de 65 y con una edad máxima de 92. Se dividió la muestra en 3 grupos etarios, tomando intervalos de 10 años. Se comparó el valor del sRTf en los 3 grupos. No encontramos diferencias estadísticamente significativas, ni por edad ni por sexo. En el análisis multivariante, el sRTf se correlaciona con todas las variables estudiadas. Siendo positiva con la Transferrina y con el resto negativa. Al realizar una regresión lineal es el VCM la variable independiente que predice el valor del sRTf en un 70%.

Discusión. Los pacientes que habitualmente atendemos en un Servicio de Medicina Interna son personas > 65 años. En estos pacientes la anemia frecuentemente es multifactorial. La batería analítica habitual presenta baja sensibilidad para el diagnóstico de anemia ferropénica por asociar patologías crónicas de carácter inflamatorio que falsean algunas determinaciones bioquímicas de valoración del estado del hierro. En nuestro estudio, la media de la Ferritina fue superior incluso al límite de 30 que proponen algunos autores, a pesar de presentar anemia secundaria a pérdida sanguínea crónica por tubo digestivo. Sin embargo, la media del sRTf se encuentra por encima del rango de normalidad de nuestro laboratorio (1,8), marcando la presencia de ferropenia. La media del Índice (sRTf/Log10 Ft) fue superior a 2. Límite que se propone como marcador de ferropenia, en el contexto de patología crónica.

Conclusiones. El Receptor sérico de la Transferrina no se modifica con la edad ni con el sexo. Es un parámetro útil en el diagnóstico de ferropenia en el anciano. Su índice mejora la especificidad y la sensibilidad del sRTf y de la Ft. Habría que ampliar el corte de normalidad a 30 ng/ml de la Ft en el paciente añoso.

EA-002 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN MUY ANCIANA INGRESADA EN EL SERVICIO DE M. INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

E. Holgado Martín, A. Coto López, A. Sánchez Ferro, M. Calatayud Gutiérrez, A. González Mansilla, D. Moscairo Cora, M. Yebra Yebra y C. Fernández Miranda

Medicina Interna. H. Universitario 12 De Octubre. Madrid.

Objetivos. El principal objetivo de este trabajo, es analizar las características clínico-epidemiológicas de la población «muy anciana» (90 años o más) que ingresa en un servicio de Medicina Interna de un Hospital General Universitario.

Material y métodos. Se revió el historial clínico de los pacientes con 90 años o más, hospitalizados a cargo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Doce de Octubre de Madrid desde 2004 hasta 2005. Para ello se diseñó una base de datos específica que recogiese las características clínico-epidemiológicas consideradas de mayor interés. Posteriormente, se realizó estudio estadístico, para el análisis de la relación existente entre las distintas variables.

Resultados. Se analizó una serie de 180 pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre. La mortalidad fue del 27,22% (17,2% Varones; y 10% Mujeres). Entre las causas de muerte destacan: 1º Otras (11,1%); 2º Neumonía (7,2%); 3º Insuf. Cardíaca (3,8%) y 4º ACVA (1,6%). Aparecieron complicaciones durante la hospitalización en 109 pacientes (60,5%): Respiratorias 18,9% (mortalidad del 11,11%); Cardiovasculares 11,6% (mortalidad del 2,2%); Genitourinarias 8,3% (mortalidad del 3,8%). No hubo complicaciones en 39,4% de los pacientes (mortalidad del 1,6%). La mortalidad según el grado de dependencia, fue de 34,7% en el grupo de dependencia absoluta (grados F, G del Índice de Katz); 24,49% en los de dependencia moderada (D Y E en el I. de Katz); 22,44% en los de dependencia leve (B y C en el I. de Katz) y 18,36% en los independientes (A en el I. de Katz). Relacionando las causas principales de muerte según el grado de dependencia, en los

de mayor grado fueron: neumonía, infección respiratoria no neumónica y ACVA. En los de moderado y menor grado, fueron más heterogéneos. Los diagnósticos principales fueron Otros, Infección respiratoria no neumónica (19,44%), Neumonía (18,33%) e Insuf. Cardíaca (10%). Entre los antecedentes patológicos destacó la HTA (63,33%), la EPOC (13,88%), la Insuf. Cardíaca (12,22%) y la Neumonía y el ACVA con 21 casos cada uno (11,66%).

Discusión. La edad media de los pacientes ingresados en los servicios de M.Interna de los hospitales españoles es progresivamente creciente. La problemática médica y socio-sanitaria asociada a este hecho, suscita un interés indudable. Por ello consideramos oportuno, realizar estudios que nos permitan conocer la prevalencia de las diferentes enfermedades en la población muy anciana y su influencia en el pronóstico final del paciente, con vistas a posteriormente ser capaces de establecer índices predictores de la evolución del enfermo.

Conclusiones. Como cabría esperar, en nuestra serie existe un predominio de mortalidad en el sexo femenino, de acuerdo con la mayor esperanza media de vida de las mujeres. La principal causa de muerte, sin considerar el apartado «Otros», fue la neumonía. Lo que junto al predominio de las complicaciones respiratorias, refleja la importancia de dicha patología en la morbi-mortalidad en nuestra serie. Los pacientes con un mayor grado de dependencia, presentaron una mortalidad proporcionalmente mayor al resto (prevaleciendo otra vez las afecciones respiratorias). El diagnóstico más frecuente fue el de infección respiratoria, seguido del de neumonía. Entre los antecedentes personales, destacó la HTA, seguido de la EPOC y la Insuf. Cardíaca.

EA-003 PACIENTES MUY ANCIANOS: UNA REALIDAD CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN LOS HOSPITALES

S. Nistal Juncos, R. Barba Martín, A. Vegas Serrano, C. Tejero, J. Losa García, I. González Anglada, G. García de Casasola y A. Zapatero Gaviria

Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. El aumento de la supervivencia en nuestro medio hace que cada vez con más frecuencia ingresemos a pacientes mayores de 90 años. Tiene interés conocer si los pacientes 'muy ancianos' tienen patologías diferentes al resto de los pacientes ancianos y si su estancia media, mortalidad o complicaciones son similares.

Material y métodos. Se analizaron los pacientes ingresados en la Fundación Hospital Alcorcón en unidades médicas o quirúrgicas desde el 1-enero-1999 hasta el 31-Diciembre-2003 mayores de 65 años. Se compararon las patologías, estancia media y mortalidad de los pacientes de 65-90 años con las de los mayores de 90 años.

Resultados. Durante este período ingresaron en nuestro centro 31.038 pacientes mayores de 65 años (51.1% mujeres), un 8.9% de los cuales tenían más de 90 años. El porcentaje ha ido creciendo cada año: 7.5% en 1999, 8.3% en el 2000, 8.8% en 2001, 9.2% en 2002 y 10,3% en 2003. La distribución por servicios no fue uniforme: 13,7% de los pacientes ingresados en Medicina interna y el 11.1% de los ingresados en traumatología eran mayores de 90 años, comparados con un 5.4% de los ingresados en cirugía general y un 0,4% de los de oncología. La estancia media (7.0 vs 7.5 días) y el peso medio del GRD (2.2 vs 2.0) fueron significativamente mayores en los más ancianos ($p < 0,001$). Los CIE-9 principales más frecuentes en el grupo de 65-90 años fueron el 486, 491.21, 428.00, 518.81, 599.00 y 820.20, que incluyeron al 20% de los pacientes. Tres códigos (486, 428.00 y 599.00) explican el 20% de la patología en los pacientes mayores de 90 años. Un 9,0% de los pacientes ancianos tenía demencia, mientras que alcanzaba el 37.1% en los mayores de 90 años. También fue más frecuente el antecedente de insuficiencia cardíaca en los muy ancianos (16.9% vs 9,3%) Por el contrario la neoplasia (17.9% vs 10,9%) y la diabetes (23.2% vs 18.1%) fueron más frecuentes en los menos ancianos. La mortalidad durante el ingreso de los ancianos fue 9,3%. El riesgo de fallecer fue más del doble en los pacientes mayores de 90 años (RR 2.6 IC 95% 2.3-2.8), comparados con el resto de los ancianos.

Discusión. Cada año el porcentaje de pacientes muy ancianos que ingresa en nuestro centro es mayor. Estos pacientes son más complejos, tienen una estancia media mayor y una mortalidad del doble de la del resto de los ancianos.

EA-004

**DEPRESIÓN Y DEMENCIA EN EL PACIENTE MAYOR
C. de la Torre Solís¹, M. Guil García², C. San Román
de Terán², T. López Madroñero¹ y J. Molina Alonso¹**

¹Atención Primaria, ²Medicina Interna. Axarquía. Vélez Málaga, Málaga.

Objetivos. Los deterioros cognitivo (demencia) y afectivo (depresión) de los mayores juegan un papel importante en su salud. Los cuestionarios de Pfeiffer y de Yesavage son formas validadas de medirlo y ampliamente utilizados. Queremos conocer la prevalencia de ambos deterioros en nuestra población mayor y relacionarlos con variables socio-demográficas y patologías prevalentes.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo transversal de la población mayor en 6 cupos de Atención Primaria (3 rurales y 3 urbanos) de la provincia de Málaga, realizándose un muestreo estratificado sistemático de los pacientes > 65 años asignados por medio de la BDU (base de datos unificada), calculándose la muestra en base a una prevalencia esperada de un 15% con un error a de 0,05 y una precisión de \pm 5%. Se les realiza un cuestionario que incluye datos de filiación, socio-económicos, patologías prevalentes, cuestionario de Pfeiffer, cuestionario de Yesavage. Los resultados se analizan con SPSS, realizándose una regresión logística y un análisis multivariante.

Resultados. Estudiamos 187 pacientes. Su edad media es de 75,04 años; el 54,4% son mujeres. El 51,1% viven en un medio rural. Un 74,2% son analfabetos/sin estudios y viven con su pareja el 56%. 60 pacientes (32,09%) presentan deterioro mental (demencia y/o depresión). El Pfeiffer es patológico en 19,3% (leve 11,2%, moderado 2,7%, grave 5,3%) y el Yesavage es positivo en 18,7% (leve 14,5%, establecida 3,7%). Realizado el análisis multivariante respecto de deterioro cognitivo resulta significativo para edad ($p = 0,004$; OR:3,914; IC95% = 1,55-9,85), diabetes mellitus ($p = 0,009$; OR:3,776; IC95% = 1,385-10,293), ámbito urbano ($p = 0,021$; OR:0,324; IC95% = 0,127-0,847), apreciándose tendencia en nivel educacional y sin significación para sexo, estado civil, HTA, cardiopatía, ACV, EPOC, osteoartritis y polimedicación. El análisis respecto de la depresión resulta significativo para el sexo mujer ($p = 0,0001$; OR:13,2; IC95% = 2,83-67,2), HTA ($p = 0,024$; OR:0,29; IC95% = 0,101-0,852) y polimedificados ($p = 0,02$; OR:3,1; IC95% = 1,25-8,23). Sin significación para el resto de las variables estudiadas.

Discusión. La prevalencia que nos resulta tanto en deterioro cognitivo como en depresión es similar a otros estudios realizados en otras zonas. La relación edad-deterioro cognitivo y sexo-depresión está ampliamente recogida. La relación de la DM-demencia ya ha sido descrita en otros estudios.

Conclusiones. El 32,09% de los pacientes mayores presentan deterioro mental (demencia 19,3% y depresión 18,7%). La edad y sexo influyen en el tipo del mismo. Es posible que el ámbito no rural y el nivel cultural protejan de la demencia. A determinar cuál es la relación de la Diabetes Mellitus en el deterioro cognitivo y el de la HTA en la depresión. La polifarmacia es más frecuente en pacientes depresivos.

EA-005

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

A. Rodríguez González, P. Sánchez Conde, P. Pesqueira Fontán, M. López Monteagudo y J. De Lis Muñoz

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP). Pontevedra.

Objetivos. Analizar la incidencia, factores de riesgo, localización más frecuente, factores de mal pronóstico, y evolución de las HIC en nuestro medio. Conocer los factores de riesgo modificables más prevalentes, con el propósito de actuar sobre ellos mediante la creación de programas de control y como consecuencia un menor número de casos de HIC y una menor recurrencia de las mismas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de la HIC, no relacionada con traumatismo, en pacientes mayores de 65 años del área sanitaria de Pontevedra desde el 1 de Junio de 2004 y 30 de Abril de 2005, en los servicios de Medicina interna, UCI y Neurología del

CHOP. Se analiza: incidencia de HIC de la población, edad, sexo, factores de riesgo, localización de la hemorragia, extensión a ventrículos y desplazamiento de la línea media, modalidad de tratamiento médico/quirúrgico y evolución. Con los datos obtenidos se realiza el estudio descriptivo y el análisis estadístico con el SPSS 12. Se utilizó la prueba estadística t de Student para comparación de variables cuantitativas y el Chi cuadrado de Pearson para variables cualitativas. El análisis multivariante mediante regresión logística se aplicó para comparar la variable de interés (mortalidad) con respecto al resto de las variables.

Resultados. Se obtienen 54 casos, suponiendo una incidencia del 0,76%. La edad media fue de $76,57 \pm 6,42$ años. La distribución por sexos fue muy similar (28 V y 26 M). Los pacientes hipertensos representaron el 75,9%, de los cuales un 29,6% no realizaban tratamiento o este era incorrecto, frente a un 24,1% no hipertensos conocidos. Eran fumadores el 13% y se recogía en la historia un consumo excesivo de alcohol en el 18%. No se encontró relación entre la edad de los pacientes, y la presencia de factores de riesgo. De los 54 pacientes, 12 (22,2%) estaban recibiendo tratamiento antiagregante y 14 pacientes (26%), tratamiento anticoagulante: considerándose un valor de INR patológico mayor de 3,00, La mitad lo presentaban en el momento del diagnóstico. No se observó relación estadísticamente significativa entre anticoagulación o no y la localización de la HIC. La distribución por localizaciones fue: núcleos de la base y el tálamo 46,3%, lobares 46,4%, fosa posterior 7,4%. En 16 paciente la hemorragia se extendía a ventrículos y 11 presentaban datos de desplazamiento de la línea media e hipertensión craneal. La evolución fue: curación sin secuelas: 20,4%, incapacidad funcional leve: 22,2%, moderada 24,1%, e incapacidad funcional severa: 11,1%. La mortalidad global fue de un 22,2%.

Discusión. La edad es uno de los factores de riesgo para padecer una HIC, por lo que el envejecimiento poblacional supone un mayor número de casos en los próximos años. La hipertensión arterial crónica es la primera causa de HIC. Un 29,6% no estaban tomando tratamiento farmacológico o estaban mal controlados. En tres de ellos la HIC fue la primera manifestación de HTA. El tratamiento antiagregante, fue un factor de riesgo en la mayoría. En nuestro estudio se encontró una relación estadísticamente significativa, con una $p = 0,016$ entre el tratamiento con antiagregantes y la localización de la HIC, siendo entre los antiagregados la localización lobar, la más frecuente. Destaca en este estudio, que de los 12 pacientes que fallecieron, 9 de ellos estaban recibiendo tratamiento anticoagulante con dicumarínicos. Aún así no se encontró significación estadística entre el tratamiento con anticoagulantes y la mortalidad.

Conclusiones. 1. La HIC es una causa frecuente de morbimortalidad en pacientes mayores de 65 años, con tendencia a incrementarse su frecuencia en relación con el envejecimiento de la población. 2. El control de factores de riesgo modificables, debe ser un objetivo fundamental para disminuir la incidencia y recurrencia de esta patología. 3. Un control más estricto del tratamiento anticoagulante y su indicación, valorando potencial riesgo/beneficio, reduciría la tasa de HIC por este motivo, así como la mortalidad asociada. 4. La optimización del tratamiento y la instauración de medidas precoces de prevención y tratamiento de complicaciones, reduce la morbimortalidad.

EA-006

PREVALENCIA, ENFERMEDADES ASOCIADAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS HOSPITALIZADOS

A. Urrutia¹, J. Santemas¹, S. Altimir², S. Santauegenia², S. Roure¹ y C. Rey Joly¹

¹Medicina Interna, ²UFISS. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. UAB. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Conocer la prevalencia, factores asociados, tratamiento y evolución de la fibrilación auricular (FA) en pacientes mayores de 75 años.

Material y métodos. Desde el 1-XII-2003 hasta el 15-VII-2005 se han recogido los datos clínicos, funcionales y bioquímicos de los 304 pacientes ingresados consecutivamente en una UGA (todos mayores de 75 años). Se ha estudiado la prevalencia de la FA y se ha analizado su relación con los parámetros bioquímicos y funcionales.

les. También se ha analizado el tratamiento antiarrítmico y anticoagulante o antiagregante. Finalmente se ha evaluado la evolución de los pacientes al alta hospitalaria. Las variables continuas se han analizado mediante la t de Student o la U de Mann-Whitney según tuvieran o no distribución normal. Las variables discontinuas se analizaron mediante la prueba de chi².

Resultados. La edad media \pm DE era de 83,08 \pm 5,56 (75-101). El 53,6% eran mujeres. Los índices medios eran: Charlson 2,8 \pm 1,8; Barthel previo 61,03 \pm 36,39; al ingreso 35,58 \pm 36,54; Pfeiffer 3,84 \pm 3,6; OARS 5,26 \pm 5,27; y MNA 8,45 \pm 3,26. No había diferencia en los índices funcionales entre los pacientes con o sin FA. 90 pacientes (29,6%) estaban en FA. Los pacientes con FA eran algo mayores (84,26 frente a 82,59, $p < 0,05$). La FA era más frecuente en las mujeres (63/90, $p < 0,001$). Entre las enfermedades asociadas ni la HTA, la diabetes o la cardiopatía isquémica eran diferentes entre los pacientes con FA, pero sí la ICCV (37/90 (41,11%) frente a 46/214 (21,49%), $p < 0,005$) y las valvulopatías (17/90 (18,88%) frente a 6/214 (2,8%), $p < 0,05$). Los pacientes con FA recibían un número medio de fármacos superior (6,69 frente a 5,75, $p < 0,05$) destacando una mayor frecuencia de diuréticos (66,34% frente a 47,92%, $p < 0,005$), antiarrítmicos (p.e. digoxina 43/90 frente a 7/214, $p < 0,0001$) y anticoagulantes, (40/90 frente a 8/214, $p < 0,0001$) pero no así antiagregantes. De los pacientes con FA 40 (44,44%) estaban anticoagulados, 34 (37,77%) recibían antiagregantes y 17 (18,88%) no recibían ni uno ni otro tratamiento. En las 2/3 partes de éstos 17 pacientes no se explicaba su ausencia, mientras que en el resto se justificaba por una edad excesiva o por la presencia de demencia. De los pacientes con FA 43 recibían digoxina, 19 amiodarona, 4 betabloqueantes, 2 antagonistas del calcio, y 22 no recibían antiarrítmicos. La mortalidad de todo el grupo fue del 9,5%, algo mayor para los enfermos con FA aunque sin significación (11/90 (12,22%) frente a 18/215 (8,37%), $p = ns$). De los 11 FA fallecidos 4 no recibían anticoagulación ni antiagregación, 4 anticoagulación y 3 recibían antiagregación.

Discusión. La prevalencia de la FA es semejante a la de otros estudios (33,8%). El mayor número de fármacos puede ser explicable por la propia FA y la mayor prevalencia de la ICCV que explicaría también la mayor prescripción de diuréticos. Los antiarrítmicos más empleados son los de uso más extendido en nuestro país pero no los recomendados por las guías de práctica clínica.

Conclusiones. La prevalencia de la FA es elevada. Es más frecuente en las mujeres y en los enfermos de más edad. Destaca su asociación con la ICCV y las valvulopatías. La FA no influye en la mortalidad intrahospitalaria. Una parte importante de los pacientes no recibe el tratamiento idóneo y un porcentaje valorable no recibe tratamiento alguno sin justificación aparente. El manejo de la FA en los pacientes ancianos es manifiestamente mejorable.

EA-007

UTILIDAD DE DOS ESCALAS CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

J. Villasenín, N. Parra, R. Salas, J. Delás y F. Rosell

Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. El diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) en los ancianos es un reto debido a su variabilidad clínica. A ello se suma escasez de tests validados y adaptados para esta franja de la población. El objetivo del estudio es evaluar y comparar la utilidad de 2 escalas de probabilidad clínica para el diagnóstico de TEP (escala de Wells y escala de Ginebra) aplicadas a pacientes mayores de 65 años.

Material y métodos. Se realizó un estudio de casos y controles cegado en dos etapas (reproducibilidad y validez interna) para evaluar la utilidad de la escala de Wells y de Ginebra en el diagnóstico de TEP. Se utilizó como patrón oro la gammagrafía pulmonar de ventilación perfusión. La muestra inicial era de 85 pacientes bajo sospecha clínica de TEP, registrados secuencialmente desde Diciembre de 2004 a Agosto de 2005 en un Hospital Universitario de 300 camas de Barcelona ciudad. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, tests de laboratorio y pruebas de imagen. El criterio de inclusión fijó la edad de los pacientes en 65 años o superior. Sobre la muestra de trabajo (75 pacientes) se escogieron 27 pacientes al azar para valorar la reproducibilidad de las escalas (fiabilidad inter e intra-

observador) mediante el coeficiente de correlación intraclase (ICC). De los pacientes restantes, se eligieron al azar 40 para el cálculo de parámetros de validez interna [sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN)] obtenidos a partir de la curva receiver-operating characteristic (ROC). Se calculó el área bajo la curva (ABC) para cada escala. Los datos se procesaron con el programa SPSS 12.0.

Resultados. La prevalencia de TEP para los 75 pacientes [edad media = 76 años (6.1)] con sospecha clínica de TEP incluidos en la muestra de trabajo fue de 22.7% (17 en total). El estudio de reproducibilidad interobservador para la escala de Wells y de Ginebra mostró respectivamente ICC = 0,994 (IC 95% 0,986 - 0,997, $p^*0,05$), ICC = 0,979 (IC 95% 0,954 - 0,990, $p^*0,05$). La fiabilidad intraobservador se estimó mediante ICC = 0,987 (IC 95% 0,973 - 0,994, $p^*0,05$) en el caso del Wells e ICC = 0,971 (IC 95% 0,937 - 0,986, $p^*0,05$) en Ginebra. La prevalencia de TEP para los 40 pacientes con sospecha clínica de TEP incluidos en el estudio de validez interna fue de 20% (8 en total). Sólo se obtuvo asociación estadísticamente significativa ($p^*0,05$) entre la estratificación de la sospecha clínica pre-prueba diagnóstica y diagnóstico final para el test de Wells [χ^2 (corregido por continuidad) = 5.21]. El ABC obtenida en la escala de Wells fue de 0,77 (IC 95% 0,59 - 0,95) mientras que para Ginebra fue de 0,42 (IC 95% 0,21 - 0,63). El punto óptimo de corte según la curva ROC para el test de Wells se fijó en 2.5 con S = 75.0% (IC 95% 35,0 - 96,1), E = 75.0% (IC 95% 56,6 - 88,5), VPP = 42.9%, VPN = 92.3%.

Discusión. La utilidad clínica de la escala de Ginebra para la población de estudio se desestima por presentar un ABC inferior a 0,5. Incluir ítems de gasometría arterial y radiología torácica en una muestra envejecida, donde la segunda comorbilidad asociada en frecuencia es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (25.4%, 18 pacientes), sesga el resultado. Igualmente lo hace el contemplar la frecuencia cardíaca, ya que la probabilidad de consumir antiarrítmicos en una población con un 43.3% de cardiopatas (31 pacientes) es elevada. Más práctica resulta la escala de Wells, con un ABC superior a 0,5, que si bien muestra escasa sensibilidad (S = 0,25) para el valor original de corte (TEP probable si « 4 puntos) estratifica correctamente el grado de sospecha clínica pre-prueba diagnóstica. Aumentaría la rentabilidad para un corte « 2.5 puntos. No obstante, necesita una mejor adaptación ya que al rebajar el valor de corte a este nivel, incrementaría el número de pacientes con sospecha clínica de TEP estratificados en alta probabilidad. En la práctica, esto traduce que cualquier paciente con mínima sospecha de TEP sería considerado como paciente de alta probabilidad.

Conclusiones. En los ancianos con sospecha clínica de TEP la escala de Wells es de elección, sobre todo al fijar el valor de corte « 2.5 puntos. No obstante precisa de una mejor adaptación para aumentar su eficacia.

EA-008

UTILIDAD DEL ÍNDICE DE WALTER COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES NONAGENARIOS

M. Hemmersbach Miller, A. Conde Martel, J. Ruiz Hernández y P. Betancor León

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

Objetivos. El índice de Walter, desarrollado recientemente como predictor de mortalidad tras el alta hospitalaria, ha sido estudiado escasamente en pacientes nonagenarios. Nos planteamos analizar la utilidad del índice de Walter en este grupo etario.

Material y métodos. Se estudiaron 421 pacientes con edad igual o superior a 90 años ingresados consecutivamente entre los años 1999 y 2004 en un Servicio de Medicina Interna. Se calculó el índice de Walter, clasificándose a los pacientes en 4 subgrupos en función de la puntuación: 0-1, 2-3, 4-6 y > 6 . Se analizó la mortalidad hospitalaria y se realizó un análisis de supervivencia. Se comparó la mortalidad hospitalaria y tras el alta en función de la puntuación del índice de Walter evaluando la existencia o no de diferencias significativas mediante el test de Chi cuadrado. Las curvas de supervivencia de los distintos grupos en función de la puntuación del índice de Walter fueron comparadas con el log-rank test.

Resultados. De los 421 pacientes, 265 eran mujeres (63%) y 156 varones (37%). La edad media fue de 92,5 años (rango 90-104).

Un total de 96 (22,8%) pacientes fallecieron durante el ingreso y 85 en el seguimiento (20,2%). La distribución de los pacientes en función de la puntuación del índice de Walter en 4 grupos se muestra en la tabla 1. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, tanto en la mortalidad hospitalaria ($p < 0,001$) como durante el seguimiento $p = 0,002$. Al comparar las curvas de supervivencia de los pacientes en función de la puntuación del índice de Walter, también se observó una asociación significativa, de forma que los pacientes con mayor puntuación en el índice de Walter tenían una menor supervivencia $p = 0,004$.

Conclusiones. El índice de Walter es aplicable en pacientes nonagenarios no solo como predictor de mortalidad tras el alta hospitalaria sino también como predictor de mortalidad durante la hospitalización.

Índice de Walter y mortalidad.

| Walter (puntuación) | Nonagenarios N (%) | Mortalidad hospitalaria N (%) | Mortalidad tras el alta N (%) |
|---------------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 0-1 | 51 (12,1%) | 8 (8,3%) | 10 (11,8%) |
| 2-3 | 103 (24,5%) | 15 (15,6%) | 16 (18,8%) |
| 4-6 | 156 (37,1%) | 32 (33,3%) | 29 (23,1%) |
| > 6 | 111 (26,4%) | 41 (42,7%) | 30 (35,3%) |
| Total | 421 (100%) | 96 (100%) | 85 (100%) |

EA-009

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA NEOPLASIA DE PULMÓN EN PACIENTES ADULTOS Y SENILES

G. García Pardo¹, M. Álvaro Enfedaque¹, T. Auguet Quintillà¹, M. Mirón Rubio³, J. Flórez Magadán¹, M. Olona Cabasés², J. Spuch Sánchez³ y C. Richart Jurado¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Preventiva, ³Hospitalización domiciliaria. HUT Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. Comparar la presentación clínica de las neoplasias de pulmón en una serie amplia de casos para ver si existen diferencias entre pacientes adultos y seniles.

Material y métodos. Se realizó un estudio tipo serie de casos recogiendo consecutivamente los datos de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en nuestro centro desde el 1 de enero de 1993 hasta el 31 de diciembre de 2000, ambos inclusive. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, tiempo de evolución de los síntomas, antecedentes de tabaquismo e índice paquetes/año, manifestaciones clínicas, exploraciones complementarias (analítica, pruebas de imagen), métodos diagnósticos, tipo histológico y estadiaje de la neoplasia, índice de Karnofski e indicación de tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo utilizando media y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Para la comparación de grupos se ha utilizado la prueba no paramétrica W Wilcoxon para variables cuantitativas y Chi cuadrado para las categóricas. El nivel de significación aceptado ha sido p menor o igual a 0,05.

Resultados. Se incluyeron 305 pacientes que fueron distribuidos en 3 grupos etarios. El grupo I formado por pacientes < 45 años (16 pac.); el grupo II entre 45-80 años (269 pac.) y el grupo III pacientes > 80 años (20 pac.). La edad media fue $64 \pm 10,9$ años. El 92,8% eran hombres (283 pac.). El 69,5% eran fumadores y el 17,3% ex-fumadores. El tiempo de evolución medio de los síntomas fue de $73,3 \pm 84,3$ días. Los síntomas más frecuentes fueron: tos presente en 174 pac. (58,4%), síndrome tóxico en 154 (50,5%), dolor torácico en 111 (36,4%) y disnea en 100 (32,8%). El dolor torácico y la hepatomegalia fueron significativamente más frecuentes en el grupo I (68,8% vs 33,8% y 45%; $p = 0,01$) y [50% vs 20,8% y 25%; $p = 0,02$], respectivamente). En el resto de manifestaciones clínicas no existieron diferencias. En cuanto a las exploraciones complementarias, en la radiografía de tórax se apreció un predominio de afectación de lóbulos superiores (66,2%), sin diferencias entre los grupos de edad. La fibrobroncoscopia se efectuó en menor proporción en el grupo III (100% grupo I, 87,6% grupo II y 75% grupo III). Existieron diferencias significativas en el hallazgo bronoscópico de afectación bronquial múltiple en los grupos I y III

(18,8% y 20% vs 6,5%; $p = 0,04$). De los hallazgos de la TAC torácica cabe destacar que la afectación mediastínica fue más frecuente de forma significativa en el grupo I (37,5% vs 19,9% y 5,3%; $p = 0,01$). En el resto de exploraciones complementarias no existieron diferencias. El método diagnóstico más utilizado fue la biopsia endobronquial en el 57,4% de los casos, seguido de la punción-biopsia torácica (29,5%). En cuanto a la histología el carcinoma epidermoide fue la variedad más frecuente diagnosticándose en el 71,1%, seguido del adenocarcinoma en el 18,4% y del Oat-cell en el 8,9%, sin existir diferencias significativas en los grupos de edad. Tampoco existieron diferencias en el estadiaje TNM. En el grupo III predominó de forma significativa el índice de Karnofsky I (75% vs 6,3% y 10,4%; $p < 0,001$). En relación con el tratamiento, en el grupo III no se realizó ningún tratamiento en el 89,5% de los casos, existiendo diferencias significativas con el grupo I y II (12,5% y 18,7%; $p < 0,001$).

Conclusiones. En líneas generales, no existen diferencias significativas en la presentación clínica del cáncer de pulmón por grupos de edad, aunque por nuestros hallazgos podría inferirse que en las edades «extremas» de la vida (sobre todo en el grupo I), esta entidad tiende a presentarse de forma algo más agresiva (hepatomegalia, afectación mediastínica, afectación endobronquial múltiple). Es en la actitud diagnóstica y terapéutica sobre los pacientes del grupo III donde se aprecian claras diferencias. Dado el envejecimiento de la población cabe esperar una mayor concentración de casos en este grupo de edad en los próximos años, por lo que habrá que individualizar en estos pacientes, sobre todo la actitud terapéutica, para obtener el máximo beneficio y calidad de vida.

EA-010

PAPEL DE LA PCR EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON ANEMIA E INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Rodríguez González¹, M. Freire Dapena¹, M. Méndez Piñeiro¹, M. González Mao², J. Diz Gómez³ y E. Pazos Lago¹

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínico, ³Anestesia. Complejo Hospitalario Universitario. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Primario: estudiar la relación de la PCR con la presencia de anemia en pacientes con IC. Secundarios: -Valorar la relación de la PCR con la estancia media y el estadio de la NYHA. Estudiar la relación de la anemia con el estadio de la NYHA. Ver la frecuencia de la anemia en los pacientes con IC. Relación entre el uso de ciertos fármacos y la presencia de anemia. Valorar otras causas de anemia distintas a la inflamatoria, déficit de Fe o vitaminas, desnutrición, etc.

Material y métodos. Se incluyeron los pacientes ingresados en el servicio de MI del H.Nicolás-Peña, durante un período de 3 meses con el diagnóstico de IC. Se determinó la cifra de hemoglobina (Hb) al ingreso, así como otros parámetros bioquímicos, antropométricos y terapéuticos. Se definió la anemia como una cifra de Hb < 12 g/dl en las mujeres y < 13 g/dl en los hombres siguiendo los criterios de la OMS. Se determinó la PCR cuantitativa en todos los pacientes y se estudió su relación con la presencia de anemia, estado funcional de la NYHA y la estancia media. Se relacionó la presencia de anemia con antecedentes de diabetes, estadio funcional de la NYHA, función renal, estado nutricional, déficit de Fe y vitaminas y tratamientos en el momento del ingreso. Para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para Windows.

Resultados. Se incluyeron 24 pacientes ingresados entre los meses de Marzo-Mayo de 2005. 13 eran mujeres. La edad media fue de $77,5 \pm 9,55$ años. 9 eran diabéticos y 15 presentaban sobrepeso. El 25% de los pacientes presentaban anemia. El 45% tenían una cardiopatía hipertensiva, el 68% con fracción de eyección conservada. 13 estaban tratados con IECAS o ARA-II, 9 con espironolactona y solo uno con B-bloqueantes. En un caso encontramos déficit de ac. Fólico y en otro de vit. B12. Ninguno presentaba un patrón de ferropenia. Un alto porcentaje estaban antiagregados o anticoagulados (70,8%). De los 8 que tomaban AAS un 37% presentaban anemia frente al 18% de los 11 que tomaban dicumarínicos. No observamos relación entre la toma de IECAS o ARA-II y la anemia. Se determinó la PCR en 22 casos encontrándose elevada en 19 (86%). No encontramos correlación de la PCR con la presencia de anemia

ni con la estancia media. Los pacientes en estadios 3 y 4 de la NYHA tenían cifras más altas de PCR y mayor grado de anemia.

Discusión. La prevalencia de la anemia en los pacientes con IC oscila entre el 5 y el 55% dependiendo de las series. En nuestro estudio correspondiente a pacientes con una edad avanzada fue del 25%. La causa de esta anemia es multifactorial. En nuestros pacientes sólo en un caso encontramos déficit de ac. fólico, no existiendo en ninguno patrón de ferropenia. Observamos una tasa baja de uso de IECAS y ARA-II (58%), sin hallar relación estadística entre su utilización y la presencia de anemia como comentan otros autores. Otra de las causas descritas de anemia es el uso de AAS o Dicumarínicos; nosotros encontramos un porcentaje mayor de anemia entre los pacientes que tomaban aspirina que en los que tomaban anti-coagulantes. Hemos observado una relación entre las cifras bajas de hemoglobina y la clase funcional de la NYHA, al comparar las clases I-II frente a las III-IV. Este hecho está ya descrito en la literatura. En nuestra serie encontramos elevada la PCR en 19 de 22 pacientes. La inflamación también se considera una importante causa de anemia debido a la disminución de la producción de y de la sensibilidad a nivel periférico, aunque nosotros no hayamos encontrado esta relación debido al tamaño muestral.

Conclusiones. 1) Encontramos una activación de la inflamación en un alto porcentaje de pacientes con IC tanto anémicos como no anémicos expresado por un aumento de la PCR. 2) Los pacientes en estadios 3 y 4 de la NYHA presentan con más frecuencia anemia y cifras mayores de PCR. 3) No hemos encontrado en nuestra serie una diferencia significativa entre PCR y grado de anemia, probablemente debido al tamaño de la muestra.

EA-011 ANÁLISIS DE LA TERAPÉUTICA EMPLEADA EN LOS PACIENTES CARDIOPATAS

A. Lazo Torres, A. Collado Romacho, C. Gálvez Contreras, F. Díez García, G. López Martínez, J. Gamir Ruiz, B. Cervantes Bonet y J. Montes Romero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. El presente estudio tiene como objetivo revisar las recomendaciones terapéuticas tanto farmacológicas como de modificación del estilo de vida de un grupo de pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica en nuestro centro.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 479 pacientes dados de alta en nuestro centro con diagnóstico principal al alta de cardiopatía isquémica (angor inestable o infarto agudo de miocardio), y analizamos las variables: sexo, edad, factores de riesgo vascular, comorbilidades y tratamientos prescritos.

Resultados. De los 479 pacientes estudiados, el 58.9% fueron varones. El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue la hipertensión arterial. Se observó el siguiente reparto en porcentaje de prescripciones: Antiagregantes plaquetarios: 80% de los pacientes. Beta-bloqueantes: 57.8% de los pacientes. IECAS/ARA-II: 45.1% de los pacientes. Estatinas: 42.2% de pacientes. Antagonistas del calcio: 51.4% de pacientes. Anticoagulación con acenocumarol: 10% de los pacientes. Nitratos (parches, comprimidos): 65.6% de los pacientes. Se realizaron recomendaciones dietéticas al 77.7% de los pacientes, si bien no consta en el informe de alta clínico que se les entregase una dieta orientativa o hubiesen sido valorados por la Unidad de Nutrición y Dietética durante el ingreso, en el caso de los pacientes obesos. Se realizaron recomendaciones para modificar el estilo de vida al 51.1% de los pacientes, del tipo «camine todos los días» o «pierda peso».

Discusión. A pesar de los numerosos estudios que han demostrado que el empleo de estos fármacos mejora la morbimortalidad de los pacientes con cardiopatía isquémica, existe una infratilización de los mismos.

Conclusiones. Los grupos farmacológicos más prescritos al alta hospitalaria fueron los antiagregantes plaquetarios (sobre todo el ácido acetilsalicílico) y los nitratos. Es llamativa la baja tasa de prescripción de estatinas, aunque si este dato lo comparamos con trabajos previos, observamos un aumento en su utilización. Se realizaron recomendaciones dietéticas y de modificación del estilo de vida a un alto porcentaje de pacientes.

EA-012 PERFIL DEL PACIENTE DEMENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA

M. Pageo Jiménez, A. Lazo Torres, E. López Lirola, F. Díez García, P. Chamorro García, E. Cambroner Navarro, L. Ruiz Peñalba y C. Urrea Mizzi

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. El envejecimiento poblacional como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en nuestro país está produciendo un aumento de los pacientes con demencia. Analizamos en este trabajo los principales procesos que causan origen hospitalario en pacientes diagnosticados de demencia.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo realizado durante 4 meses en el que se analizan las historias clínicas y los informes de alta hospitalaria de todos los pacientes que ingresaron en la Unidad de Geriatría de Agudos del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, analizándose las variables sexo, edad, comorbilidad, tipo de demencia, motivo de ingreso hospitalario y exitencia o no de tratamiento específico para la demencia.

Resultados. Ingresaron durante el período de tiempo estudiado un total de 64 pacientes con diagnóstico previo de demencia, de los cuales el 64% fueron mujeres. La edad media del grupo fue de 83,36 años. La demencia vascular fue la más frecuente (43,75%), seguida de la demencia tipo Enfermedad de Alzheimer (35,94%). El motivo de ingreso más frecuente fue una infección (51,58%), sobre todo de origen respiratorio, seguido de los ingresos de causa neurológica (21,87%). Seguían tratamiento para la demencia el 42,2% de los pacientes, siendo la antiagregación plaquetaria el más empleado (34,38%). El número medio de diagnósticos al alta (excluyendo la demencia y el motivo de ingreso) fue de 4,4. Se observó que una gran parte de estos pacientes eran grandes incapacitados, y su destino al alta en la mayoría de los casos fue el domicilio (71,87%).

Discusión. En nuestro estudio, cabe destacar sobre todo la gran incapacidad que presentaban nuestros pacientes (puntuación 5/5 en la escala de la Cruz Roja, tanto física como psíquica), y el bajo porcentaje de pacientes que recibían un tratamiento específico para la demencia con fármacos como donepezilo, galantamina, rivastigmina o memantina, que pudiera estar en parte explicado por lo avanzado del deterioro cognitivo.

Conclusiones. El motivo de ingreso hospitalario más frecuente de los pacientes con demencia fue la infección, sobre todo respiratoria. La demencia vascular fue la más frecuente en la población estudiada. Seguían tratamiento específico para la demencia menos de la mitad de los pacientes. Los pacientes eran grandes incapacitados y su destino al alta fue el domicilio en la gran mayoría de los casos.

EA-013 PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN ANCIANOS: ¿USO O ABUSO?

G. Penades¹, V. Cánovas¹, C. Escolano¹, M. Guirado², M. Orozco¹, E. Gálvez², A. Sánchez Sevillano¹ y A. Martín Hidalgo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Sección de Oncología. Hospital General Universitario de Elche. Elche, Alicante.

Objetivos. Conocer las características sociales y epidemiológicas de una muestra de nuestra población de ancianos (≥ 65 años) y la medicación que toman habitualmente.

Material y métodos. Estudio prospectivo realizado durante los meses de julio y agosto de 2005. Se recogieron los datos epidemiológicos de los pacientes de 65 años o más de edad que ingresaron en nuestro hospital. Además se les realizaba una encuesta sobre calidad de vida, ingresos en el último mes, visitas al médico de cabecera y/o médicos privados, medicación que tomaban diariamente, así como efectos secundarios derivados de la misma.

Resultados. Se incluyeron 182 pacientes (100 varones, 82 mujeres) de forma consecutiva. Por grupos de edad: 65-69 años: 16,48%; 70-74 años: 20,3%; 75-79 años: 25,82%; 80-84 años: 23%; > 84 años: 14,2%. Un 49,45% vivían en pareja, 2% con cuidadores, 2% en residencias y el resto con hijos. Un 62,08% eran

independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). 123 pacientes no tenían estudios, relacionándose este hecho de forma estadísticamente significativa con la mayor edad de los pacientes ($p < 0,05$). A mayor edad, mayor dependencia para las ABVD ($p < 0,001$) y peor calidad de vida ($p < 0,001$). Presentaban comorbilidad (al menos 3 enfermedades) 138 pacientes. En el último año, 128 pacientes habían acudido en alguna ocasión al Hospital, 522 visitas (media 4.07/paciente), 287 al Servicio de Urgencias (media 2.6/paciente) y 231 a Consultas Externas (sin diferencias significativas por sexos ni grupos de edad). 29 pacientes habían ingresado el mes previo, 20 por reagudización de su patología de base y 1 por efectos secundarios del tratamiento. Visitas al médico de cabecera en el último mes: 158 pacientes; 373 visitas (media 2.36/paciente). En 48.1% de los casos el médico revisó todo el tratamiento; lo modificó en un 15.18%, más frecuentemente por aparición de nueva patología (lumbalgia e infección respiratoria) y en un 86.7% tan sólo hizo recetas. 48.35% de los pacientes cumplían criterios de polifarmacia (toma de 6 o más fármacos/día): media 5.5 fármacos/paciente (rango 0-14), sin diferencias significativas por sexos ni grupos de edad. Un 84.06% referían cumplimiento $\geq 80\%$. El propio enfermo era quien más frecuentemente se administraba el tratamiento (53.2%) y el familiar/pareja en un 36.81% de los casos. Un 2.74% de los pacientes reconocían efectos secundarios por la medicación que tomaban a diario y un 8.24% a algún fármaco de los pautados en el último mes. Un 25.82% de los pacientes tomaban al menos 1 fármaco considerado como potencialmente inapropiado según los criterios de Beers y/o McLeod, siendo los más pautados la doxazosina y pentoxifilina, y observándose asociación estadísticamente significativa con la comorbilidad ($p < 0,001$) y polifarmacia ($p < 0,001$).

Discusión. El uso de fármacos en ancianos es elevado, lo que conlleva la aparición frecuente de efectos secundarios y un excesivo gasto sanitario. En nuestro medio, un elevado porcentaje de pacientes ancianos cumplen criterios de polifarmacia, siendo la prescripción de fármacos considerados como potencialmente inapropiados excesiva (25.82%). Esta prescripción difiere de los estudios publicados donde son más frecuentes los antidepresivos y depresores del SNC. La comorbilidad y polifarmacia son factores de riesgo para tomar algún fármaco considerado como inadecuado.

Conclusiones. La polifarmacia y prescripción de fármacos inapropiados en ancianos es alta en nuestro medio. El uso de criterios específicos podría ayudarnos a mejorar la prescripción de los mismos y disminuir los efectos secundarios derivados de su uso, así como del gasto sanitario.

EA-014 REPERCUSIÓN DE LA VALORACIÓN FUNCIONAL GERIÁTRICA EN LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

P. Arriola Martínez, E. Montero Aparicio, M. Iriarte Ibararán, A. Burzako Sánchez, S. Cabeza Garcá, A. Moreno Rodrigo, P. Martínez Odriozola y F. Miguel de la Villa

Medicina Interna. Hospital de Basurto. Bilbao, Vizcaya.

Objetivos. Identificar a los pacientes que cumplen criterios de anciano frágil entre los ingresados en los Servicios de Hematología, Endocrinología y Reumatología, y realizar la valoración cognitiva y de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de dichos pacientes. Conocer los principales indicadores asistenciales de estos pacientes y determinar el consumo de fármacos y efectos adversos de la medicación.

Material y métodos. Estudio prospectivo y descriptivo realizado durante 5 meses en los Servicios de Hematología, Endocrinología y Reumatología del Hospital de Basurto de Bilbao. Se seleccionaron todos los pacientes mayores de 65 años que ingresaron en estos Servicios, y se recogieron los datos de filiación, estado nutricional, las ABVD mediante el índice de Barthel, la presencia de deterioro cognitivo mediante el índice de Lobo, la presencia de síndromes geriátricos, información acerca del consumo de fármacos y presencia de efectos adversos. Se registraron también los días de estancia, la mortalidad intrahospitalaria y el reingreso.

Resultados. Un 95,1% de los pacientes estudiados cumplía al menos 1 criterio de fragilidad, y un 76,92% cumplía 3 o más criterios. El 60,83% presentaba comorbilidad como causa de fragilidad. Con respecto a la situación de ABVD, 74 pacientes (51,7%) eran independientes, 59 (41,3%) tenían una dependencia leve, 5 (3,5%) moderada, 21 (1,4%) grave y 3 pacientes (2,1%) eran totalmente dependientes. El índice de Barthel no mostró asociación estadísticamente significativa con la mortalidad pero sí con el reingreso, presentando el 100% de los pacientes que reingresaron cierto grado de dependencia. Respecto al índice de Lobo, 110 pacientes (76,9%) no presentaban deterioro cognitivo; 10 (7%) tenían deterioro cognitivo leve, 6 (4,2%) deterioro cognitivo moderado y 15 pacientes (10,5%) tenían un deterioro cognitivo severo. En los pacientes de Endocrinología, el 48,3% presentaba algún grado de deterioro cognitivo, frente al 20,8% y 13,7% de Hematología y Reumatología. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). La presencia de algún grado de deterioro cognitivo no mostró asociación estadísticamente significativa con la mortalidad ni con el reingreso. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre edad mayor de 80 años y deterioro cognitivo ($p = 0,04$). En el Servicio de Hematología el 33,3% de los pacientes presentó algún síndrome geriátrico, y en los Servicios de Endocrinología y Reumatología los porcentajes fueron del 68,8 y del 41,4% respectivamente, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,01$). Un 14,7% presentó efectos adversos. La presencia de efectos adversos de la medicación se asoció de forma positiva con la presencia de polifarmacia ($p < 0,05$) y con la malnutrición ($p = 0,007$).

Discusión. Durante el período de estudio ingresó un elevado número de ancianos frágiles. La causa más frecuente de fragilidad fue la comorbilidad. De las 3 causas de fragilidad que aparecen en primer lugar, la única modificable es la toma de fármacos. No se halló asociación estadísticamente significativa entre un menor índice de Barthel y la mortalidad, al contrario que en otros trabajos publicados. La mayor frecuencia de síndromes geriátricos en Endocrinología podría deberse a complicaciones crónicas de diabetes mellitus.

Conclusiones. 1. El 95,1% de los pacientes cumple criterios de fragilidad. 2. El 48% tiene algún grado de dependencia para las ABVD, y el 23% presenta algún grado de deterioro cognitivo. 3. Los pacientes dependientes para las ABVD presentan una mayor frecuencia de reingresos. 4. Los pacientes de Endocrinología presentaron más síndromes geriátricos. 5. Un número importante de pacientes presenta efectos adversos de la medicación, siendo los corticoides la primera causa de los mismos. 6. La determinación de los criterios de fragilidad, valoración de ABVD y función cognitiva en los ancianos hospitalizados permite un conocimiento integral de los mismos, con efectos positivos en la evolución y en el tratamiento de sus enfermedades.

EA-015 LA NUTRICIÓN EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO. COMPARACIÓN ENTRE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y UN HOSPITAL DE ENFERMOS CRÓNICOS

A. Reche Molina¹, M. Parejo Sánchez¹, F. Gómez Jiménez², F. Miras Parra¹, N. García Castillo¹, F. García Monlleo³, M. Campos Pastor² y J. de la Higuera Torres Puchol¹

¹Medicina Interna. Clínico San Cecilio. Granada. ²Dtº Medicina. UGR. Granada. ³Medicina Interna. San Rafael. Granada.

Objetivos. Dentro de la sociedad, el colectivo de personas mayores es el que sufre mayor número de ingresos, de reingresos y de días de estancia hospitalaria. En este colectivo la malnutrición es uno de los problemas clínicos más frecuentes. La detección precoz de los déficit alimentarios y de malnutrición proteico-energética puede llevarse a cabo mediante un control y seguimiento periódico del peso e índice de masa corporal (IMC), tanto en atención primaria como en las personas institucionalizadas. Objetivo: determinar y comparar el estado nutricional de dos grupos de ancianos en distintos centros hospitalarios, uno de enfermos agudos y otro de crónicos.

Material y métodos. Metodología: para la valoración antropométrica se determinó la edad, sexo, peso, talla, IMC, medida de grasa corporal (mediante pliegues cutáneos) y medida de reserva proteica (por medio del perímetro del brazo). Se realizó el test MNA (Mini Nutritional Assessment), como método complementario, que integra

elementos de los diferentes apartados de una valoración nutricional. El trabajo fue llevado a cabo en el Hospital Clínico San Cecilio (hospital de tercer nivel) y en el Hospital de San Rafael (hospital de enfermos crónicos), ambos de Granada. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, observacional y de tipo transversal, durante un período de tiempo de dos meses. Se estudiaron pacientes ingresados en la unidad de Medicina Interna, 37 en el Hospital Clínico y 40 en el Hospital de San Rafael. Se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 12.0 para Windows.

Resultados. Al analizar las medidas antropométricas al ingreso se observó que el estado nutricional de la mayoría de los pacientes hospitalizados era aceptable. Por el contrario, según el test MNA realizado, el riesgo de malnutrición lo presentaban un porcentaje importante, el 56,8% en Hospital Clínico y 70% en el Hospital de San Rafael, por lo que hay que prestarle inmediata atención. En éste último hospital hay una gran incidencia de enfermedades neurológicas que precisan un período de encamación superior y se le presta una atención más específica a la alimentación dentro de las medidas rehabilitadoras de estos pacientes. Dada la frecuencia de dietas trituradas, mencionar la importancia de que estén adaptadas a las necesidades nutricionales del paciente, valorándose en su caso la necesidad de algún suplemento nutricional. La determinación repetida tanto del peso como de la grasa corporal y reserva proteica, sirve de guía para valorar la respuesta al tratamiento de la desnutrición, determinando siempre varios parámetros a la vez. En conclusión, destacar la importancia de un diagnóstico precoz de desnutrición, o de riesgo de desnutrición, con medidas sencillas y rápidas que están a nuestro alcance. Así mismo, la necesidad de recoger datos referentes a los posibles factores que puedan interferir en el estado nutricional del paciente (soledad, falta de piezas dentarias, deterioro de la movilidad, trastornos cognitivos y sensoriales, ingresados en instituciones para la tercera edad y en ocasiones escasos recursos económicos).

EA-016 COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS Y MORTALIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

J. Aliqué Capsada, C. Morales Coca, E. Güell Farré, M. Pinazo Delgado, A. Otero Fernández, O. El Boutrouki, M. Sánchez Fernández y J. Marcos Bruguera

Medicina Interna. Fundación Althaia. Manresa, Barcelona.

Objetivos. 1) Determinar las complicaciones intrahospitalarias y la mortalidad en pacientes mayores de 80 años ingresados por fractura de cadera tras caída simple. 2) Evaluar patología de base, estado nutricional y estado cognitivo.

Material y métodos. Muestra de 71 pacientes mayores de 80 años, que ingresaron de forma consecutiva tras sufrir una fractura de cadera, durante el período de enero a junio de 2005, en el Servicio de Traumatología de la Fundación Althaia de Manresa (Hospital de Sant Joan de Déu). Se analizó: edad, sexo, patología de base, número de fármacos que tomaban habitualmente, albuminemia al ingreso, situación cognoscitiva al ingreso (mediante el cuestionario de Pfeiffer), procedencia (domicilio o residencia), complicaciones y mortalidad.

Resultados. n = 71 pacientes. 84,5% Mujeres. Edad media 86,5 años. El 69% procedían del domicilio propio y el 31% de residencia. Estancia media 12,5 días (posteriormente eran trasladados a Unidad de Convalecencia o a su residencia habitual). Entre los antecedentes médicos, destaca HTA (39,4%), cardiopatía (32,3%), diabetes mellitus (19,7%) y neumopatía crónica (15,5%). El 9,9% ya habían presentado anteriormente fractura de cadera. El 88,4% consumían algún tipo de fármaco. Albuminemia media 3,06 gr/dl. Complicaciones más frecuentes durante el ingreso: anemia (95%), síndrome confusional (43,6%), infección urinaria (23,9%), sobreinfección respiratoria (22,5%), trastornos del ritmo deposicional (14%), febrícula sin foco (11,2%), hiponatremia y/o hipopotasemia (7%), insuficiencia renal crónica agudizada (7%), edema agudo de pulmón (2,8%). Mortalidad: 7% (5 pacientes) durante el ingreso hospitalario, 8,4% (6 pacientes) durante los 2 meses posteriores al alta. Función cognitiva al ingreso: 40,9% deterioro cognitivo moderado o grave (5 o más errores en el cuestionario de Pfeiffer), 12,7% dete-

riero cognitivo leve (3-4 errores) y 46,4% sin deterioro cognitivo (0-2 errores).

Discusión. Sabemos que la fractura de cadera es frecuente en pacientes mayores de 80 años. Destacar la importancia de prevenir las complicaciones médicas durante el ingreso por ser pacientes con criterios de fragilidad. Nuestros resultados concuerdan con la bibliografía (alta tasa de complicaciones y de mortalidad intrahospitalaria), indicando la importancia del soporte de profesionales con formación en gerontología que lleven a cabo una valoración geriátrica integral, para prevenir o tratar las complicaciones, y así facilitar la reintroducción a la comunidad con la mínima pérdida funcional posible.

Conclusiones. 1) Mayor incidencia de fractura de cadera en mujeres (85,4%). 2) Alta incidencia de fracturas de cadera en pacientes con demencia senil (mayor riesgo de caídas). 3) Las complicaciones más frecuentes durante el ingreso fueron anemia, síndrome confusional, infección urinaria y sobreinfección respiratoria. 4) Alta mortalidad intrahospitalaria (7%) y durante los 2 meses posteriores (8,4%). 5) Son pacientes con pluripatología de base y déficit nutricional que requieren medidas preventivas.

EA-017 USO DE ESTATINAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

J. Tamarit García, M. Candell Romero, J. Mercé Cortés, R. Chandrani, C. Merino Palacios y A. Artero Mora

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos. Se ha descrito una menor utilización de estatinas en la población de mayor edad. Sin embargo, la prevención secundaria de estos pacientes se ha demostrado particularmente eficaz. Los objetivos de este trabajo son: 1/ conocer el grado de control de LDL-colesterol en prevención secundaria y 2/ evaluar el uso de estatinas en prevención secundaria en la población mayor de 65 años, en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio prospectivo de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Universitario, con antecedentes de cardiopatía isquémica o equivalentes de riesgo coronario y edad > 65 años. Durante un período de 3 meses se evaluaron mediante una entrevista protocolizada a los pacientes ingresados y se recogieron el uso previo de fármacos hipolipemiantes y los antecedentes de riesgo cardiovascular. Cifras de LDL-colesterol < 100 mg/dL, se consideraron como buen control, según el ATP III. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 13.0.

Resultados. Sesenta y tres pacientes, 36 hombres y 27 mujeres, con una edad media de 79,5 años \pm 6,1 años, presentaron antecedentes previos de cardiopatía isquémica o equivalentes de riesgo coronario. En el 31,7% existía el antecedente de IAM previo, 31,7% accidente cerebrovascular, 4,7% aneurisma aórtico, 7,9% arteriopatía periférica y 73% diabetes mellitus. El 55,5% estaban diagnosticados de hipertensión arterial. Las cifras medias de colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol y triglicéridos fueron 151,8 \pm 42,6 mg/dL, 93,4 \pm 33,8 mg/dL, 36,2 \pm 12,5 mg/dL y 111,3 \pm 55,2 mg/dL, respectivamente. El 58,7% presentaban cifras de LDL-colesterol < 100 mg/dL, y en la población diabética el 21,7% tuvieron cifras de LDL-colesterol < 70 mg/dL. Los niveles medios de LDL-colesterol en sujetos con diabetes fueron de 95,5 \pm 34,1 mg/dL, y en los pacientes sin diabetes de 87,8 \pm 33,5 mg/dL (p = 0,426). El 22,2% de la población recibía estatinas: 30% en pacientes < 80 años y 16,1% > 80 años. El 29,7% de los pacientes con LDL-colesterol < 100 mg/dL y el 12,5% de pacientes con LDL-colesterol > 100 mg/dL recibían tratamiento hipolipemiente. El uso de estatinas en varones fue del 19,4% y en mujeres del 25,9% (p = 0,435). Las estatinas más utilizadas fueron atorvastatina (50%), simvastatina (28,5%) y pravastatina (14,2%).

Discusión. Diversos ensayos clínicos han demostrado la eficacia de disminuir las cifras de colesterol en ancianos. Con un beneficio al descender la cifras de LDL-colesterol que puede observarse incluso antes de la regresión de la arteriosclerosis. Pese a ello existe una tendencia a no tratar la hipercolesterolemia en muchos casos, como se ha objetivado en nuestro estudio. No obstante, la decisión de tratar a ancianos debe individualizarse en base a la edad cronológica y fisiológica de cada paciente.

Conclusiones. Existe una infrutilización de estatinas en nuestro medio, en pacientes mayores de 65 años con cardiopatía isquémica previa o equivalentes de riesgo coronario, que se incrementa conforme aumenta la edad.

EA-019

LA ANEMIA EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

S. Rodríguez Fernández, P. Almagro, D. Irigoyen, J. Cara, T. Villalba, M. Rodríguez Carballeira, X. Garau Alemany y C. García Vidal

Medicina Interna. Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. El objetivo fue determinar la prevalencia de la anemia y las causas de la misma en la población geriátrica ingresada en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de agudos.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de pacientes mayores de 75 años hospitalizados a lo largo de un periodo de 6 meses. Se definió anemia como Hb < 12 g/dl en mujeres y < 13 g/dl en varones. Uno de cada cuatro pacientes con anemia se estudió de forma aleatoria. Se recogieron datos demográficos, antecedentes de anemia, motivo de ingreso hospitalario, hemograma, estudio de anemia analítico, PCR y VSG, estado nutricional (escala MNA, colesterol, albúmina y triglicéridos), presencia de comorbilidad (índice de Charlson) y dependencia funcional (índice de Katz). Los investigadores no interfirieron en el estudio de la anemia pero sí solicitaron estudio analítico a aquellos pacientes que no se les había realizado. El análisis estadístico se realizó mediante el test t-student o la U de Mann Whitney dependiendo de la normalidad de la distribución de las variables continuas y el test de Fisher para las variables categóricas. Los resultados se expusieron como media y desviación estándar o porcentajes dependiendo de las características de las variables.

Resultados. Durante el periodo de estudio ingresaron en el servicio de medicina interna 575 pacientes de edad igual o superior a 75 años. Se detectó la presencia de anemia en 269 (46,7%). Tras la aleatorización se seleccionaron 70 pacientes. Se trató de 37 varones y 33 mujeres (54%/46%), con una edad media de 83,2 años (rango de 75 a 95 años), sin diferencias entre sexos. La puntuación media en el índice de Charlson fue de 2,96 (DE 1,9), con un índice de Katz de 3,94 (2,96). El motivo de ingreso más frecuente fue la descompensación de insuficiencia cardíaca en 24 casos (34,3%), seguido de neumonía en 8 (11,4%) sobreinfección respiratoria en 8 (11,4%) cardiopatía isquémica en 6 (8,6%) y mixelánea en el 54% restante. La estancia media fue de 10,9 (6,1) días. La Hb media al ingreso fue de 10,5 (1,33) mg/dl (extremos: 4,3-12,5). Catorce pacientes tenían anemia conocida previamente, que había sido estudiada en 11 de ellos llegando a un diagnóstico en 9 pacientes: 4 anemias ferropénicas, 4 por procesos crónicos y 1 por déficit vitamínico. En 31 casos (44%) la anemia fue estudiada por el médico mediante estudio analítico completo en todos ellos, sangre oculta en heces en 6, fibrogastroscoopia en 11, fibrocolonoscopia en 11, enema opaco en 1, cápsula entérica en 2 y biopsia medular en 1. De los 70 pacientes el estudio analítico fue informado como anemia de procesos crónicos en 17 (24,2%), déficit vitamínico en 9 (12,8%), ferropenia en 9 (12,8%), anemia mixta secundaria a déficit de ácido fólico y procesos crónicos en 3 (4,2%), anemia mixta secundaria a déficit de vitamina B12 y procesos crónicos en 1 (1,4%), anemia mixta secundaria a déficit de ácido fólico y ferropenia en 2 (2,8%) y anemia secundaria a enfermedad hematológica en 1 caso (1,4%). De los pacientes afectos de anemia de procesos crónicos 11 tenían insuficiencia renal (creatinina > 2 mg/dl), 4 neoplasias y 1 enfermedad inflamatoria intestinal. De las anemias ferropénicas se diagnosticaron 1 neoplasia de colon, 1 úlcus gástrico y 2 antritis erosivas. En 28 (40%) casos el estudio de anemia no fue concluyente. De ellos 21 tenían insuficiencia cardíaca crónica y en 11 casos se resolvió durante el ingreso sin tratamiento sugiriendo hemodilución.

Discusión. La anemia en el paciente anciano hospitalizado sigue siendo poco reconocida y permanece sin diagnóstico etiológico en más de un tercio de los pacientes. Es necesario generar un protocolo efectivo y rentable que incremente el conocimiento de su etiología y que haga posible un tratamiento eficaz.

Conclusiones. Nuestro estudio muestra una alta incidencia de anemia en el paciente anciano hospitalizado, cercana al 50%. En un 40% de los casos el origen de la anemia es incierto. En un 15,7%

de los casos la anemia se corrige espontáneamente durante la hospitalización, podrían ser consecuencia de hemodilución secundaria a insuficiencia cardíaca descompensada.

EA-020

VALORACIÓN GERIÁTRICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Pisos Álamo, S. García Moreno, F. Acosta de Bilbao, M. Mohamad Tubio, J. Muñoz de Unamuno, Z. Santos Moyano, P. Peña Quintana y J. Gómez Díaz

Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas.

Objetivos. 1) Conocer las características poblacionales de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC). 2) Conocer la valoración geriátrica básica de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del HUIGC.

Material y métodos. Se realizó una valoración geriátrica básica mediante una encuesta realizada por un médico (MIR 5 Medicina Interna) y un enfermero a todos los pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna del HUIGC durante 24 días desde el punto de vista epidemiológico (edad y sexo), social (procedencia, existencia de cuidador), orgánico (comorbilidad, número de fármacos del tratamiento habitual, motivo del ingreso), funcional (índice de Barthel y Lawton), neuropsicológico (Pfeiffer). Además se evaluó el riesgo de presentar úlceras por decúbito (escala de Norton) y la presencia de las mismas ya al ingreso. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados. Durante los 24 días ingresaron en el servicio de Medicina Interna un total de 104 pacientes, de los cuales tenían 70 o más años el 56,48% de ellos. Estos últimos fueron valorados mediante la encuesta. La edad media fue de 78,82 años con una frecuencia similar de hombres y mujeres. Prácticamente todos ingresaron desde su domicilio donde en el 86,9% de los casos había un cuidador. Los datos desde el punto de vista orgánico son los siguientes: el 45% de los pacientes presentaban un índice de comorbilidad de Charlson de 2-3 y más del 60% tomaban más de 5 fármacos como tratamiento domiciliario. Ninguno de ellas presentaba úlceras por decúbito, aunque 37,7% de los pacientes presentaban riesgo de desarrollarlas en el hospital. Desde el punto de vista funcional en el domicilio, más del 25% presentaban una dependencia total o severa (21,3% dependencia total; 8,2% dependencia severa, 11,5% dependencia moderada; 23% dependencia leve y 36,1% autónomo) para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Con respecto a las actividades instrumentales (AIVD), valoradas mediante el índice de Lawton, 46,9% de las mujeres presentaban una dependencia total, en comparación con el 20,7% de los hombres. La valoración neuropsicológica fue hecha mediante el cuestionario de Pfeiffer teniendo 62,3% de los pacientes un resultado normal o de deterioro leve.

Discusión. Más de la mitad de los pacientes que ingresaron tenían 70 o más años, siendo la distribución por sexos similar. El soporte domiciliario es bueno aunque no total, lo que debería tenerse en cuenta a la hora de distribuir las plazas en los centros concertados. Orgánicamente se trata de pacientes pluripatológicos y polimedicados en un alto porcentaje que obliga a un manejo cuidadoso por la fragilidad que ello implica, el alto riesgo de descompensaciones y de síndrome confusional agudo. Funcionalmente aunque los pacientes no eran dependientes para las ABVD, sí lo eran en un alto porcentaje para las AIVD, lo que puede condicionar una ayuda a domicilio en los casos en los que no hay cuidador, sin que la causa sea una demencia severa, sino un probable envejecimiento normal.

Conclusiones. -Existe una alta proporción de pacientes geriátricos en el servicio de M. Interna del HUIGC. -Los pacientes que ingresan son frágiles y tienen alto riesgo de deterioro orgánico y funcional así como de síndrome confusional agudo por la pluripatología y la polifarmacia que presentan, por lo que su manejo debe ser cuidadoso. -Debe incidirse en la necesidad de centros sociosanitarios y recursos sociales que permitan la adecuada recuperación hasta el regreso al domicilio, dado que existe una buena situación previa (grado de dependencia, presencia de cuidador y ausencia de úlceras).

**EA-021
ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN LOS CENTENARIOS**

A. Gómez Gigirey¹, R. Rabuñal Rey¹, R. Monte Secades¹, E. Casariego Vales¹, A. Testa Fernández² y J. Guerrero Lombardía¹

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Xeral-Calde. Lugo.

Objetivos. Estudiar las alteraciones electrocardiográficas presentes en los centenarios y su relación con su situación funcional y los antecedentes médicos de cardiopatía.

Material y métodos. Dentro de un estudio prospectivo de los centenarios del área sanitaria de Lugo que estamos llevando a cabo desde enero de 2001 se recogieron de la historia clínica los antecedentes médicos de cardiopatía, la capacidad funcional medida mediante el índice de Barthel y los trazados electrocardiográficos. Se consideró que presentaban antecedentes de cardiopatía todos aquellos centenarios con diagnósticos médicos establecidos y también aquellos que tomaban de forma crónica fármacos usados en el tratamiento de insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica. El ECG de 12 derivaciones fue clasificado de forma independiente por dos médicos avezados en su interpretación mediante el código de Minnesota (Rose GA et al: Cardiovascular survey methods. WHO Monogr Ser 56. Geneva, 1982) Los datos obtenidos se incorporaron a una base de datos creada en Access y se analizaron con el programa SPSS.

Resultados. Se analizaron los ECG de 76 centenarios, 53 mujeres y 23 varones, con edad media de 100,8 ± 0,1 (rango 100 - 105). Presentaban antecedentes de cardiopatía el 36,8%. El índice de Barthel en los pacientes con cardiopatía fue de 64,4 ± 35,3 comparado con 50,2 ± 36 sin cardiopatía. 56 centenarios estaban en ritmo sinusal (73,7%). La frecuencia ventricular media fue de 78,5 ± 17,9 latidos por minuto. Las alteraciones más frecuentes se expresan en la tabla adjunta. Al analizar los resultados no se observaron diferencias significativas entre la presencia de alteraciones y el sexo o la capacidad funcional. Se observó que los pacientes con cardiopatía tenían significativamente más frecuencia de patrones Q/QS (p = 0,04), depresión de S-T-J (p = 0,001) y FA o flutter auricular (p = 0,02).

Conclusiones. El ECG rutinario aporta poca información sobre el estado de salud de los centenarios. Los centenarios con antecedentes de cardiopatía presentan más frecuentemente alteraciones sugestivas de isquemia.

Alteraciones ECG más frecuentes en centenarios.

| Código | Alteración | Nº (%) |
|---------------|--|-----------|
| 1-1-1 a 1-3-6 | Patrones Q/QS | 13 (17,1) |
| 2-1 | Eje izquierdo (-30° a -90°) | 22 (28,9) |
| 4-1 a 4-3 | Depresión S-T-J | 17 (22,4) |
| 5-1 a 5-3 | Inversión/aplanamiento onda T | 18 (23,7) |
| 7-2 | BRD completo | 11 (14,5) |
| 8-1 | Extrasístoles auricular, nodal o ventricular | 26 (34,2) |
| 8-3 | FA o flutter auricular | 19 (25) |
| 9-4-1 a 9-4-2 | Transición QRS hacia dcha./izqda. | 15 (19,7) |

**EA-022
DEMENCIAS REVERSIBLES ¿ESTÁN SOBRESTIMADAS?**

L. Moralejo Alonso, A. Fuertes Martín y G. Alonso Claudio

M. Interna II. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Objetivos. Debido al aumento de la esperanza de vida, la prevalencia de los pacientes con demencia ingresados en las Unidades de Medicina Interna es muy elevada (un 30% de los pacientes mayores de 80 años). La incidencia de las demencias potencialmente reversibles es muy variable dependiendo de las publicaciones consultadas (entre un 10% y 30%). El objetivo del estudio es saber la incidencia real de estas demencias y cuál es el protocolo diagnóstico que se debe seguir para optimizar los recursos.

Material y métodos. Revisión de la bibliografía existente en PubMed, hasta Septiembre de 2005 utilizando como palabras clave: reversible dementia, prevalence, diagnosis, treatment.

Resultados. Se define demencia secundaria como toda entidad clínica patológica caracterizada por un deterioro de múltiples funciones cognitivas que típicamente, está producido por algún proceso patológico intracerebral o extracerebral de etiología definida, no degenerativa. Para el diagnóstico sindrómico es necesario una cuidadosa historia clínica, exploración física (general y neurológica) y exploración neuropsicológica (entre los test psicométricos más validados se encuentra el Mini-mental test, si el punto de corte se ajusta a edad y nivel educativo mejora la sensibilidad manteniendo una especificidad del 99%). Para el diagnóstico etiológico, tras la revisión realizada, recomendamos: hemograma, VSG, iones, glucosa, calcio, función renal, hepática, hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico, serología de lues, VIH y TC craneal. En cuanto a la prevalencia, encontramos en nuestra búsqueda los siguientes estudios (tabla 1).

Discusión. Los resultados obtenidos mediante la revisión bibliográfica realizada es que la incidencia de este tipo de demencias es mucho menor que la citada siendo un 1,5%-3%. Los motivos por los que se ha sobreestimado pueden ser los siguientes: 1) En muchos casos el diagnóstico de demencia no estaba correctamente realizado, incluyendo pacientes con deterioro cognitivo leve (no demencia), depresión o síndrome confusional. 2) No se realiza seguimiento para comprobar la mejoría o curación después de cumplir el tratamiento adecuado. 3) La curación debe de ser objetivada con la normalidad de test psicométricos y no sólo como mejoría de la clínica. 4) Coexistencia de patologías consideradas como potencialmente reversibles con demencia.

Conclusiones. Aún siendo poco frecuentes es necesario intentar descartar causas curables de demencia. Al poner tratamiento de una enfermedad coexistente tal vez no curemos pero si mejoremos el deterioro cognitivo del paciente.

Estudios sobre prevalencia de demencias potencialmente reversibles.

| Estudio | Pacientes con demencia | Pacientes con demencia potencialmente reversible | Mejoría | Curación total* |
|----------------|------------------------|--|-----------|-----------------|
| Larson 1984 | 115 | 15 (13%) | 9 (8%) | 3 (2,6%) |
| Clarfield 1988 | ** | 1.051 | 84 (8%) | 31 (3%) |
| Clarfield 1995 | 260 | 11 (4,2%) | ** | ** |
| Freter 1998 | 196 | 45 (23%) | 4 (2%) | 3 (1,5%) |
| Takada 2003 | 275 | 22 (8%) | 10 (3,6%) | 2 (0,7%) |
| Clarfield 2003 | 5.620 | 506 (9%) | 16 (0,3%) | 17 (0,31%) |

**EA-023
BACTERIEMIAS EN EL ANCIANO**

P. Sánchez Conde¹, D. Sande Llovo¹, S. Molinos Castro¹, S. Rodríguez Fernández¹, J. De Lis Muñoz¹ y P. Álvarez García²

¹Medicina Interna. ²Microbiología. Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP). Pontevedra.

Objetivos. Conocer las características de las bacteriemias en los pacientes mayores de 65 años diagnosticados en el Hospital Provincial de Pontevedra durante el año 2004, analizando: epidemiología, factores de riesgo, pruebas invasivas relacionadas, microorganismos y focos más frecuentes, tipo, manifestaciones clínicas y evolución.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los episodios de bacteriemia en pacientes mayores de 65 años diagnosticados en el Hospital Provincial de Pontevedra durante el año 2004. Obtención de datos de las historias clínicas y Servicio de Microbiología. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 12.

Resultados. Número casos: 45. Incidencia de bacteriemia por cada 1.000 ingresos mayores de 65 años: 12,6. Edad media: 78,7 ± 6,4 años (Mediana: 78,2; Rango: 66-92). Varones: 62%, mujeres: 38%. El 46,7% de los casos ingresados en el Servicio de Medicina

Interna. 30 pacientes (66,7%) tenían uno o más factores de riesgo para desarrollar bacteriemia: neoplasias 14 (31,1%); diabetes mellitus 11 (24,4%); insuficiencia renal 9 (20%); inmunosupresión farmacológica 5 (11,1%); sonda vesical permanente 3 (6,7%); catéter central 3 (6,7%). Pruebas invasivas directamente relacionadas con la bacteriemia en 24 pacientes (53,3%), las más frecuentes: manipulación urológica (31,1%) y canalización de catéter central (11,1%). Asociación estadísticamente significativa entre tipo de procedimiento invasivo y grupos de microorganismos aislados ($p = 0,019$): manipulación urológica se asocia con bacilos gramnegativos y canalización de vía central con cocos grampositivos. El 60% de las bacteriemias eran nosocomiales (16% nosocomiales extra-hospitalarias) y 40% comunitarias. Gérmenes aislados más frecuentes: *E. coli* (33%); *Staphylococcus coagulans* negativo (20%) y *Staphylococcus aureus* (15,6%). Dentro de las bacteriemias nosocomiales los gérmenes más frecuentes fueron *Staphylococcus* y en las comunitarias *E. coli*. Focos más frecuentes: urinario (42,2%) y catéter (24,4%). En las nosocomiales el foco más frecuente: catéter y en las comunitarias: urinario. Asociación estadísticamente significativa entre foco de infección y microorganismos aislados ($p = 0,002$): foco urinario se asocia con *E. coli* y catéter con *Staphylococcus*. Todos los pacientes excepto 2 presentaron fiebre o fibrilación y 13 (28,9%) debutaron con alteración del nivel de conciencia/confusión. Evolución: favorable 35 (77,8%), éxitus 6 (13,3%) y traslado 4 (8,9%).

Discusión. El germen más frecuentemente aislado fue *E. coli*, seguido de cocos grampositivos. En el 53,3% de los casos existía una prueba invasiva directamente relacionada con la bacteriemia: la manipulación urológica, asociada a infección por *E. coli* o la canalización de vías centrales, asociada a infección por *Staphylococcus*. La utilización apropiada de los sistemas de drenaje urinario y máximas condiciones de asepsia en la canalización y cuidados de las vías centrales disminuiría significativamente la incidencia de bacteriemias nosocomiales. La mayor prevalencia de afectación de la vía urinaria y manipulación urológica en el anciano facilita las infecciones a dicho nivel, siendo el foco urinario el más frecuente y *E. coli* el germen principal, dato importante a considerar en el tratamiento antibiótico empírico.

Conclusiones. 1. Los factores de riesgo en nuestra serie (66,7%) no se asociaron con el pronóstico. 2. El germen que más frecuentemente produce bacteriemia en nuestro medio es *E. coli* (33%), también el más frecuente en las comunitarias. 3. Los *Staphylococcus* son los gérmenes más frecuentes en bacteriemias nosocomiales. 4. La manipulación urológica se asocia con bacteriemia por *E. coli* y la canalización de vías centrales con bacteriemia por *Staphylococcus*. 5. El foco más frecuente es el urinario (42%) y *E. coli* es el germen principal. En las nosocomiales el foco más frecuente es la infección de catéter asociada a *Staphylococcus*. 6. Las medidas de asepsia ante cualquier manipulación invasiva son fundamentales para disminuir la incidencia de las bacteriemias nosocomiales.

EA-024 POLIFARMACIA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

C. López Robles, C. Tomás Jiménez, M. Parejo Sánchez, A. Pardo Cabello, M. García Jerez, E. Quevedo Carmona, D. Vinuesa García y C. Fernández Roldán

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Los pacientes que ingresan en los hospitales, y especialmente en los servicios de medicina interna, son cada vez más ancianos. Con frecuencia, al presentar diversas patologías asociadas, requieren la utilización de varios fármacos en el tratamiento de base. Es sabido que existe correlación entre el envejecimiento, la edad, la patología múltiple y la polifarmacia. Con este estudio se pretende conocer el consumo medio de fármacos en los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna, así como los grupos de fármacos más frecuentemente utilizados.

Material y métodos. Se revisó el tratamiento domiciliario previo al ingreso de 150 pacientes que habían estado hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario San Cecilio. Se creó una base de datos utilizando el programa informático Acces

donde quedaron recogidos el número y tipo de fármacos utilizados al ingreso, clasificándolos en las categorías de: diuréticos, antihipertensivos, hipoglucemiantes, protectores gástricos, analgésicos, AINES, antiarrítmicos e inotrópicos positivos, beta-bloqueantes, vasodilatadores, IECA y ARAII, antiagregantes y anticoagulantes. Se analizaron los datos mediante el cálculo de medias y porcentajes.

Resultados. El 81% de los pacientes estudiados consumían tres o más fármacos. El 71% de los pacientes tomaban diuréticos, el 58% IECA o ARAII, el 37% protectores gástricos, el 33,6% antiagregantes, el 29,4% ansiolíticos o antidepresivos, el 27,3% hipoglucemiantes, el 27,3% antiarrítmicos o inotrópicos positivos, el 26,6% vasodilatadores, el 25,2% anticoagulantes, el 23,1% inhaladores, el 22,7% betabloqueantes, el 18,9% otros antihipertensivos, el 16,8% hipolipemiantes, el 14,7% AINES y el 11,2% analgésicos. La media de fármacos consumidos se situó en 5,5, con un rango entre 0 y 13.

Discusión. De los resultados obtenidos se desprende el alto número de fármacos utilizados en los pacientes ancianos. Siendo los fármacos un pilar fundamental en la terapéutica médica, las peculiaridades de los pacientes atendidos en los servicios de medicina interna (de manera principal, los cambios fisiológicos debidos a su edad y su pluripatología) obligan a realizar un uso racional de los mismos, fundamentalmente para evitar la yatrogenia.

Conclusiones. Los enfermos que se ingresan en Medicina Interna consumen una media de 5 medicamentos. Los grupos de fármacos más consumidos fueron los diuréticos (71% de los pacientes los tomaban), seguidos de los IECAS (58%).

EA-025 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

J. Aguilar García, M. Martín Escalante, R. Quirós López, J. Ruiz Mesa, F. Moreno Martínez, L. Hidalgo Rojas, I. Escot Cabezas y J. García Alegría

Medicina Interna. Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar los resultados asistenciales de pacientes nonagenarios ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital General.

Material y métodos. Revisión de pacientes nonagenarios ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital general (CMBD), que atiende una población de unos 250,000 habitantes, desde julio de 2003 a Junio de 2004. Análisis descriptivo de las variables: edad, género, motivo de ingreso, comorbilidad, estancia media, pruebas realizadas, tratamiento al ingreso y alta, mortalidad intrahospitalaria y reingresos.

Resultados. Se incluyeron un total de 98 pacientes (4,6% del total de altas del servicio en ese período). La edad media era 92,84 años; y de ellos 39 eran varones y 59 eran mujeres. El 77,5% de los ingresos se indicaron por 3 patologías (36,7% infección respiratoria, 25,5% insuficiencia cardíaca y 15,3% por ACVA). Las infecciones del tracto urinario y la insuficiencia renal supusieron el 11,2% de los ingresos y el 10,2% respondieron a otros diagnósticos. La estancia media fue 8,34 días (desviación 7,32 días). En el 89,8% figura un diagnóstico secundario al alta, destacando: insuficiencia cardíaca en el 12,2% de los casos, infección respiratoria en 15,9% y en el 13,3% FA de novo. El 37,8% ingresaba por primera vez y un 24,5% no tomaba medicación previa al ingreso. Respecto a la patología previa destaca: HTA 43%, demencia 36%, cardiopatías 32%, FA 28% y diabéticos 19%. El 41,8% se había sometido a una intervención quirúrgica. El 7,1% vivía en Residencia. Al ingreso se les realizó a todos analítica, ECG y Rx de torax, y al 31,6% TAC craneal, 20,4% ecocardiograma transtorácico y al 13,3% ecografía abdominal, RMN a 2 pacientes y cultivos de distintas localizaciones al 29,6%. Se hizo interconsulta a Trabajadora social en el 2% de los casos. La mortalidad hospitalaria fue 13,3% y los reingresos 10,2%. Al 25,5% se le propuso seguimiento ambulatorio en consultas externas.

Discusión. Los ingresos de pacientes nonagenarios se están incrementando en los servicios de M. Interna, aunque existen pocos estudios epidemiológicos descritos en la literatura sobre los mismos.

Conclusiones. El número de ingresos de pacientes nonagenarios en nuestro hospital ha aumentado en los últimos 10 años. La mayoría eran mujeres y las patologías más frecuentes fueron: infección respiratoria, insuficiencia cardíaca y ACV. Respecto a la comorbilidad destaca HTA, demencia, cardiopatías y FA. Más de 1/3 ingresaban por primera vez. Al alta se observaron modificaciones del tratamiento con aumento del uso de antiagregantes, diuréticos, IECAs y gastroprotectores.

Tratamientos al ingreso y al alta.

| | | | |
|--------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|
| Antiagregantes | 32/51 (32,7/52%) | Alcatorne | 10/8 (10,2/8,2%) |
| Diuréticos | 28/45 (28,6/45,9%) | Digoxina | 14/14 (14,3/14,3%) |
| IECAS | 21/40 (21,4/40,8%) | Nitratos | 7/11 (7,1/11,2%) |
| ARA II | 7/4 (7,1/4,1%) | Sintrón | 1/2 (1,2%) |
| Insulina/ADO | 10/12 (10,2/12,2%) | Amiodarona | 3/4 (3,1/4,1%) |
| Estatinas | 1/0 (1/0%) | Gastroprotector | 18/60 (18,4/61,2%) |
| Fibratos | 0/1 (0/1%) | Antipsicóticos | 10/16 (10,2/16,3%) |
| Betabloqueantes | 6/4 (6,1/4,1%) | Ansioliticos/ Antidepresivos | 8/6 (8,2/6,1%) |
| Calcioantagonistas | 12/14 (12,2/14,3%) | AINEs/Analgésicos | 3/8 (3,1/8,2%) |

EA-026
ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Domingo González¹, M. Martín Escalante¹, F. Martos Pérez¹, J. Ruiz Mesa¹, J. Aguilar García¹, F. Poveda Gómez¹, A. Jiménez Puente² y J. García Alegría¹

¹Medicina Interna, ²Unidad de Evaluación. Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes nonagenarios ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en un servicio de Medicina Interna, y analizar las diferencias en comorbilidad, pruebas diagnósticas y tratamiento con los pacientes no nonagenarios.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados con diagnóstico principal de IC durante un año (junio-2003 a junio-2004), n = 216 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Costa de Sol, Marbella (Málaga). Se compararon comorbilidad (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, EPOC, arteriopatía periférica, demencia), realización de ecocardiograma y tratamiento al alta, en los dos grupos en función de la edad. Se utilizó la media y proporciones como medida de centralización y se compararon mediante Chi-cuadrado.

Resultados. Se estudiaron 216 pacientes, 25 de ellos de 90 o más años (11,6%). La estancia media fue de 8,3 días y la mortalidad intrahospitalaria del 16% (9,5% en los menores de 90 años). La comorbilidad fue similar en ambos grupos, salvo la demencia que fue mayor en los pacientes nonagenarios (24% vs 14%). Hubo diferencias significativas en la realización de ecocardiograma que fue inferior en los pacientes nonagenarios (57% vs 78% p = 0,03). En ambos grupos predominó la disfunción diastólica (70,6% vs 76,4%) y la etiología más frecuente fue la hipertensiva. En cuanto al tratamiento al alta, el empleo de IECAs/ARA-II fue superior al 80% en ambos grupos, destacando el menor uso de B-Bloqueantes en los nonagenarios (14,3% vs 42,7% p = 0,03) y de anticoagulación oral si fibrilación auricular (12,5% vs 77,8% p = 0,001). No hubo diferencias en el empleo de diuréticos (90% vs 97,7%), espironolactona (31,3% vs 19,7%), digoxina (23,5% vs 21,3%), calcioantagonistas (28,6% vs 26,9%) y nitratos (38,1% vs 34,5%).

Discusión. Existen pocos estudios en la literatura sobre las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes nonagenarios con IC. Aunque nuestra serie es de pocos casos estas diferencias son manifiestas.

Conclusiones. En los servicios de Medicina Interna se están incrementando los ingresos de pacientes nonagenarios. El manejo de estos pacientes con insuficiencia cardíaca es diferente, con menos realización de test diagnósticos, mayor morbimortalidad que limita el empleo de fármacos como b-bloqueantes y anticoagulantes.

EA-027
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL PACIENTE AÑO-SO HOSPITALIZADO

C. Bergua Martínez¹, R. Ortas Nadal¹, J. Martínez Moya², B. Daga Calejero¹ y C. Ferrer³

¹Cardiología, ²Medicina Interna. Clinico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ³Cardiología. Universitario Miguel Serret. Zaragoza.

Objetivos. Describir las características de la cardiopatía isquémica en el paciente mayor de 60 años que ingresa con sospecha de evento coronario agudo.

Material y métodos. Se trata de una muestra de 194 individuos remitidos al servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante 3 meses por sospecha de Síndrome Coronario Agudo. Se analizaron factores de riesgo, tipo de evento y complicaciones. Se utilizó el programa SPSS 12.0 para el cálculo estadístico.

Resultados. La muestra analizada se componía de hombres (55.7%) y mujeres (44.3%) de edad media 74.6 años. Los factores de riesgo más prevalentes eran la hipertensión arterial (63.9% de individuos), dislipemia (45.9%) y diabetes mellitus (32.8%). Entre otros antecedentes cardiológicos destacan la fibrilación auricular, presente en el 17.5% de los casos, las valvulopatías en el 9.3% y los episodios previos de insuficiencia cardíaca (7.3%). El 37.2% de las mujeres y el 54.6% de los hombres habían presentado episodios previos de cardiopatía isquémica, diferencia estadísticamente significativa. La presencia de cardiopatía isquémica aguda se confirmó en el 63.9% de los pacientes (69,9% de las mujeres y 59,3% de los varones) sin diferencias significativas por sexos. El resto de los diagnósticos finales incluía el dolor torácico atípico en el 17.5% de pacientes, angor hemodinámico en 5.7%, insuficiencia cardíaca en el 1% y otros diagnósticos (11.9%) Entre los diagnosticados de coronariopatía aguda, el evento más frecuente fue la angina inestable, presente en el 43.5% (33.3% de las mujeres y 53.1% de hombres), infarto con onda q en el 26.6% de los casos (30,0% de las mujeres y 23.4% de hombres) e infarto no q en el 29,8% (36.7% de mujeres y 23.4% de hombres). En cuanto a las repercusiones sobre la contractilidad, la función sistólica en los pacientes diagnosticados de síndrome coronario agudo estaba conservada en el 57.9%, ligeramente deprimida en el 15.8%, moderadamente deprimida en el 22.8% y severamente deprimida en el 3.5%.

Discusión. El paciente añoso es un paciente complejo por los múltiples factores de riesgo cardiovascular y las repercusiones de los mismos. Los hallazgos apoyan la hipótesis de alta prevalencia de cardiopatía isquémica como antecedente y como evento agudo en este grupo de individuos, minimizándose las diferencias por sexos.

Conclusiones. La cardiopatía isquémica se confirma casi en 2/3 de los pacientes que ingresan con sospecha de la misma, sin diferencias significativas por sexos. El evento más frecuente es la angina inestable en los varones y el infarto no q en mujeres, sin afectación significativa de la función sistólica en la mayoría de los casos.

E-028
MANEJO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AGUDA EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

C. Ferrer Gracia¹, C. Bergua Martínez², R. Ortas Nadal², P. Portero Pérez² y L. Martínez Moya³

²Cardiología, ³Medicina Interna. Clinico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ¹Cardiología. Universitario Miguel Serret. Zaragoza.

Objetivos. Describir la estrategia diagnóstico-terapéutica en el paciente mayor de 60 años ingresado por sospecha evento coronario agudo.

Material y métodos. Se trata de una muestra de 194 individuos remitidos al servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante 3 meses por sospecha de Síndrome Coronario Agudo. Se analizó la estrategia de abordaje y el tratamiento al alta. Se utilizó el programa SPSS 12.0 para el cálculo estadístico.

Resultados. En la muestra analizada se confirmó el diagnóstico de cardiopatía isquémica en 124 individuos (63,9%) 51,6% de hombres y 48,4% de mujeres. La edad media era 74,5 años. En

este grupo el tipo de evento más frecuente fue la angina inestable (43,5%), seguida por el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) (29,8%) En los pacientes con SCACEST se realizó fibrinólisis en el 43,2%. Del total de pacientes isquémicos, se realizó coronariografía diagnóstico-terapéutica durante el ingreso en el 28,2% (26,7% mujeres y 29,7% de varones) sin diferencias significativas por sexos. Se detectaron complicaciones del evento isquémico en el 31,7% de los casos, siendo las más frecuentes la recidiva de la angina (14,6%) y la insuficiencia cardíaca (8,1%). La muerte se produjo en el 4,1%. Al alta el tratamiento con antiagregantes se prescribió en el 86,3% de los pacientes (91,7% de los hombres y 81,3% de las mujeres). El fármaco más utilizado de forma aislada fue el ácido acetilsalicílico (40,8%) seguido por la asociación AAS + clopidogrel en el 35,8%. 10,8% de los pacientes requirieron anticoagulación y en el 6,6% anticoagulación y antiagregación. El 95,0% recibieron antianginoso de forma crónica. El betabloqueante se empleó en el 83,1%, los nitritos en el 60,5% y los calcioantagonistas 24,6%. Al alta el 51,3% recibieron IECAs. El tratamiento hipolipemiante se prescribió en el 43,2%. No se detectaron diferencias significativas en el tratamiento por sexos.

Discusión. El abordaje de la cardiopatía isquémica en el anciano ha sido tradicionalmente menos invasivo por el riesgo intrínseco del paciente. Progresivamente se extiende el uso de la terapéutica farmacológica de eficacia reconocida (betabloqueante, antiagregante e inhibidores de la eca [ieca]).

Conclusiones. Las estrategias de reperfusión mediante fibrinólisis y la revascularización guiada por isquemia se aplican en un porcentaje modesto de pacientes añosos con cardiopatía isquémica aguda, a pesar de la alta incidencia de complicaciones ligadas a la isquemia. El tratamiento farmacológico recomendado por el consenso de expertos (antiagregantes, betabloqueante e ieca si procede) se prescribe en la mayoría de los pacientes sin diferencias significativas por sexos.

**EA-029
ESTUDIO DE BACTERIEMIAS EN MAYORES DE 80 AÑOS EN EL HOSPITAL DEL SALNE**

J. García García², M. Núñez Fernández², B. Castro Paredes², F. Fraile Amador², A. López Soto², C. Mella Pérez², A. Blanco Moure² y C. Sieira Ferrín¹

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Salnés. Villagarcía de Arosa, Pontevedra.

Objetivos. Descripción de las características clínicas y microbiológicas de las bacteriemias en pacientes mayores de 80 años detectadas en nuestro hospital en los primeros 40 meses de funcionamiento.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de las bacteriemias en ancianos (edad igual o mayor de 80 años) en el periodo del 1 septiembre de 2001 al 31 de diciembre de 2004. Partiendo del listado de hemocultivos se revisaron las historias clínicas de los pacientes. Se recogieron datos demográficos, clínicos, microbiológicos, terapéuticos y evolutivos en una hoja diseñada al efecto.

Resultados. Detectados 83 episodios de bacteriemia en 75 pacientes (50% varones). El 62,5% comunitarias, el 37,5% nosocomiales. Tas de hemocultivos 0,78 por ingreso. Rentabilidad de hemocultivos 8%. Tasa de bacteriemia 33,17 por 1000 ingresos. Grupos de McCabe y Jackson: 26% grupo I, 61% grupo II, 13% grupo III. Ingresaron el 90% de los pacientes en nuestro hospital (81% en Medicina Interna) y un 6% fueron trasladados a otros centros. Las formas de presentación fueron: Sepsis (42%), Síndrome febril (26%), Síndrome focal (22%), Sepsis grave (7%) y Shock séptico (3%). La puerta de entrada fue desconocida en un 15% de los casos, urológica (25%), respiratoria (18%), cutánea (17%), digestiva (14%), catéter (4%). Etiología: bacilos gramnegativos 52%, cocos grampositivos 37%, anaerobios 7% y polimicrobianas 4%. *E. coli* fue el aislado más frecuente de forme global y en las comunitarias y los Estafilococos coagulasa negativa los más frecuentes en nosocomiales. El tratamiento empírico fue adecuado de acuerdo al antibiograma en el 69% de los casos. Se realizó cambio de tratamiento antibiótico guiado por antibiograma en el 47% de los casos. La estancia media (DE) de los pacientes ingresados fue de 21,95 días (17,34). La mortalidad fue del 18%.

Conclusiones. 1) Alta incidencia de bacteriemia : los pacientes mayores de 80 años constituyeron un tercio de todas las bacteriemias del adulto. La tasa de bacteriemia duplica la del adulto en general. Casi el 40% de los hemocultivos realizados se hicieron en este grupo de edad. 2) La tasa de bacteriemia nosocomial es baja en relación a lo publicado previamente. 3) La estancia media elevada se explicaría por la gravedad intrínseca de la bacteriemia en estos pacientes y porque el 87% presentaban enfermedades de base severas. 4) Sólo una quinta parte de los pacientes presentaban datos focalizadores de infección y en un 15% de los pacientes la puerta fue desconocida, esto explicaría el elevado número de tratamientos empíricos inadecuados. 5) Mortalidad baja comparada con series publicadas.

GESTIÓN

**G-001
ES POSIBLE APLICAR LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA**

J. Castiella Herrero, L. Sánchez Muñoz, F. Sanjuán Portugal, M. Torralba Cabeza, J. Lorza Blasco, S. Lorente Pérez, J. Porres Azpiroz y M. Lapuente González
Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja.

Objetivos. La Unidad Médica de la Fundación Hospital Calahorra (FHC) comenzó su actividad asistencial en el año 2001. Desde su inicio adoptó el modelo de calidad E.F.Q.M. y la Gestión por Procesos (G.P.) como herramienta de trabajo. El Proceso de Hospitalización Médica, es un proceso que tiene por Misión realizar un diagnóstico correcto, proporcionar un tratamiento y cuidados adecuados hasta el alta, buscar la satisfacción del paciente y sus familiares, utilizando para ello la mejor evidencia disponible. El principal objetivo es implantar la G.P. en el conjunto de la hospitalización médica.

Material y métodos. El Proceso de Hospitalización Médica fue diseñado en su conjunto, desarrollado, elaborado e implantado a lo largo del año 2001, siguiendo una metodología EFQM y un círculo de mejora continua, que ha sido descrito con anterioridad. Posteriormente, se han ido recogiendo y analizando sus indicadores más relevantes. En el año 2004 el proceso fue sometido a una auditoría interna, revisión y mejora. En diciembre fue auditado por la empresa Det Norske Veritas (DNV) y obtuvo el certificado de calidad según la Norma ISO UNE 9001:2000.

Resultados. En la tabla se muestran los indicadores clave del proceso, obtenidos del periodo 2001-2004 sobre un total de 4.952 altas.

Conclusiones. Aplicar la gestión por procesos en una Unidad de Hospitalización Médica permite, de forma ordenada y flexible, localizar, definir, implantar y mejorar los flujos de trabajo, orientándolos hacia el paciente, para conseguir unos objetivos de elevada calidad. El proceso sistematiza todas las actividades propias de la hospitalización, las adecua a las necesidades de nuestros clientes, reduce las bolsas de ineficiencia y mejora la interrelación con otros servicios. Que tengamos conocimiento, es el primer proceso asistencial de hospitalización médica en España que se acredita mediante la Norma ISO, convirtiéndose en una nueva modalidad de alternativa a la hospitalización tradicional.

Indicadores del Proceso de Hospitalización Médica 2001-2004.

| Indicador | Resultado | Indicador | Resultado |
|-----------------------------|-----------|---------------------------------|-----------|
| E. M. bruta | 6,4 | Úlceras intraunidad | 2,1% |
| E.M. depurada | 6 | Satisfacción del paciente | 8,75 |
| Peso medio | 1,8041 | Altas con informe antes de 24 h | 100% |
| Altas voluntarias | 0,5% | Calidad de informe de alta | 99% |
| Fallecimientos | 7% | Prealta | 100% |
| Reingresos antes de 30 días | 6,9% | Planes de cuidados | 100% |

G-002
ACTIVIDAD EN EL PROCESO DE CONSULTA MÉDICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA MULTIFUNCIONAL

J. Naya Manchado, J. Castiella Herrero, S. Lorente Pérez, S. Chic Palacín, M. García de Carlos, O. Blasco Martínez, E. Peña González y J. Porres Azpiroz

Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja.

Objetivos. La consulta externa constituye una parte esencial de la actividad de un servicio Médico, y con frecuencia no se le presta la atención debida. El Proceso de Consulta Médica, es un proceso clave de nuestra Unidad, cuyo desarrollo e implantación se realizó en los años 2001-02. La Unidad de Gestión Clínica de Medicina de la Fundación Hospital Calahorra es multifuncional e incorpora las especialidades de Ap Digestivo, Cardiología, Medicina Interna, Neumología y Neurología. Nuestro objetivo es presentar los flujos de trabajo del proceso de consulta y sus principales indicadores durante los dos últimos años (2003 y 2004), en comparación con el período previo (2001-2002).

Material y métodos. El Proceso de Consulta Médica fue diseñado, desarrollado, elaborado e implantado a lo largo de los años 2001-02, siguiendo una metodología EFQM, descrita anteriormente. Un grupo de trabajo, previamente formado, con un Gestor fue el encargado de definir y estructurar el proceso, identificar sus clientes y proveedores, elaborar un diagrama de flujo, desarrollar sus características de calidad, recoger los indicadores previamente establecidos, realizar una auditoría de estabilización y de implantación. En el año 2004 el proceso fue sometido a un proceso de revisión y mejora. En diciembre fue auditado por la empresa Det Norske Veritas (DNV) y obtuvo el certificado de calidad según la Norma UNE ISO 9001: 2000.

Resultados. En la tabla 1 se muestran los indicadores clave del proceso, obtenidos entre los años 2001 al 2004, y repartidos en los dos periodos mencionados: antes (2001-02) y después (2003-04) de la implantación del proceso.

Conclusiones. La implantación de la gestión por procesos a la consulta médica nos ha permitido mejorar nuestra actividad y nuestros indicadores, especialmente la Alta Resolución en primeras visitas que se ha multiplicado por 5, todo ello con un elevado índice de satisfacción general. Que tengamos conocimiento, es el primer proceso asistencial de consulta médica en España que se acredita mediante la Norma ISO.

Indicadores del proceso de Consulta Médica antes y después de su implantación.

| Indicadores de proceso | Antes (2001-2002) | Después (2003-2004) |
|--|-------------------|---------------------|
| Solicitud de primera visita | 11.303 | 13.114 |
| Nº total de primeras visitas | 9.928 | 10.934 |
| % de alta resolución | 2,5 | 12,9 |
| Relación sucesiva/primeras | 1,48 | 1,74 |
| % de altas dadas | 13,2 | 17 |
| % de pacientes dados de alta con informe | 97,5 | 98 |
| % de fallos en primeras visitas | 9,2 | 8,5 |
| Número de quejas/reclamaciones | 8 | 9 |
| Satisfacción general (sobre 10) | 7,92 | 8,33 |

G-003
MORTALIDAD EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA. CUATROS AÑOS DE EXPERIENCIA

L. Sánchez Muñoz, J. Castiella Herrero, F. Sanjuán Portugal, S. Lorente Pérez, J. Naya Manchado, F. Martín Díaz, M. Lapuente González y J. Lorza Blasco

Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja.

Objetivos. La Fundación Hospital Calahorra da cobertura especializada a 68.000 habitantes de La Rioja Baja. No dispone de UCI. La Unidad de Gestión Clínica de Medicina, adoptó en el año 2001 el modelo de calidad E.F.Q.M. y la Gestión por Procesos (G.P.). En es-

te contexto, se elaboró el Proceso de Hospitalización Médica (P.H.M.). La mortalidad hospitalaria es un indicador centinela del proceso que se recoge mes a mes. Trimestralmente se hace un análisis de la mortalidad por GRD y se revisan las defunciones que aparecen en pacientes con GRD de baja complejidad ($P_m < 1$) o con una mortalidad $> 25\%$. El principal objetivo es mostrar la evolución del indicador mortalidad hospitalaria durante los años de implantación del proceso y conocer su evolución por GRDs.

Material y métodos. Análisis de la mortalidad bruta y ajustada (o esperable) a la complejidad en 4.952 altas (2001-2004), codificadas al 100% según la CIE-9-MC y agrupadas con el AP-GRD versión 18.1. Análisis de la mortalidad entre los GRDs más frecuentes de la Unidad.

Resultados. 348 fallecimientos (7%) con una edad media de 79 años (77,4 en hombres y 80 en mujeres; $p = 0,0027$). La mortalidad esperada según la complejidad debió ser del 9,62% ($n = 476$ pacientes). El éxito fue más frecuente en las mujeres que en los hombres (7,5% vs 6,7%, $p < 0,05$). La estancia media fue de 7,75 días. Un 7,2% de los fallecimientos ($n = 25$) tuvieron 0 estancias, un 36,2% ($n = 126$) fallecieron durante los 3 primeros días de ingreso. No se ha observado ningún fallecimiento entre pacientes cuyo GRD tiene un peso < 1 . Los principales indicadores evolutivos se ofrecen en las tablas 1 y 2.

Conclusiones. La mortalidad observada en nuestra Unidad de Hospitalización es del 7%, muy por debajo de la esperada según la complejidad de la casuística atendida (9,6% y razón < 1). Es más frecuente entre las mujeres (son más ancianas). La mortalidad se ha reducido un 2,1% desde la implantación del P.H.M. Los pacientes fallecidos corresponden a GRDs de elevada complejidad.

Evolución de indicadores de mortalidad.

| Indicador | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Altas dadas | 1.124 | 1.268 | 1.325 | 1.235 |
| Peso medio | 1,8363 | 1,7632 | 1,7891 | 1,9080 |
| E.M. depurada | 6,5 | 5,9 | 5,9 | 6,2 |
| Mortalidad observada (%) | 92 (8,2) | 95 (7,5) | 86 (6,5) | 75 (6,1) |
| Mortalidad esperada (%) | 121 (10,8) | 129 (10,1) | 136 (10,2) | 129 (10,5) |
| Razón de mortalidad | 0,7598 | 0,7390 | 0,6333 | 0,5802 |
| Peso medio de fallecidos | 2,7542 | 2,6772 | 2,8529 | 2,9472 |

Mortalidad observada y esperada en los 5 GRDs más frecuentes.

| GRD | Pacientes | % de mortalidad | % esperado |
|--|-----------|-----------------|------------|
| (541) Tr respirato/infec/bronqui/asma, c/CC mayor | 654 | 12,54 | 13,86 |
| (014) Tr específico cerebrovascular, no AIT | 315 | 5,4 | 8,9 |
| (542) Bronquitis y asma con CC mayor | 164 | 2,44 | 4,78 |
| (544) Insuf. cardíaca crónica/arritmia, c/CC mayor | 162 | 16,05 | 20,59 |
| (175) Hemorragia Gastrointes. sin CC | 147 | 0 | 0 |

G-004
ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA DURANTE 4 AÑOS

F. Sanjuán Portugal, J. Castiella Herrero, M. Torralba Cabeza, J. Naya Manchado, L. Sánchez Muñoz, F. Martín Díaz, F. Bolado Concejo y E. Peña González

Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja.

Objetivos. El control y análisis de los reingresos hospitalarios no programados es un indicador de calidad del proceso de hospitalización médica de la Unidad de GC de Medicina de la Fundación Hospital Calahorra. Dicho indicador se recoge y analiza trimestralmente, teniendo como objetivo un límite inferior al 8%. En esta comunicación se muestra la evolución de los reingresos en los años de implantación del proceso (2001-2004).

Material y métodos. Análisis de los reingresos habidos entre 4.952 altas (2001-2004), codificadas el 100% de según la CIE-9-MC y agrupadas con el AP-GRD versión 18.1. Se define reingreso como aquel episodio de hospitalización no programado, que se produce 30 días antes del anterior, dentro de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM), o en CDM relacionada o está motivado por una complicación médica atribuible a la hospitalización.

Resultados. El 92,1% de los ingresos no son programados. En el período de 4 años, un total de 887 pacientes han ingresado más de una vez, con un promedio de 2,7 ingresos cada uno. En un período de un año, vuelven a ingresar el 30,2% de los pacientes que consumen el 32,2% de las estancias, pero solo 468 (9,45%) son ingresos no programados que se produce antes de 30 días, y solo 341 (6,9%) cumplen los criterios de reingreso. El paciente que reingresa tiene una estancia media de 6,8 días, superior en 0,4 días a la estancia media bruta total de la Unidad. En la tabla 1 se observa la evolución anual de este indicador El GRD con mayor episodios de reingresos es el 541 (Trastornos Respiratorios/infec/bronquitis/asma,c/CC Mayor), si bien se aprecia una tendencia clara a su descenso: 16,6% en el 2001, 15,5% en el 2002, 13,8% en el 2003 y 6,7% en el 2004.

Conclusiones. Las variables que influyen en la tasa de reingresos son múltiples. Una estancia media baja es una de ellas. En estos cuatro años de funcionamiento, la tasa de reingresos se mantiene por debajo del 7% (objetivo < 8%), lo que nos indica una gestión correcta del momento del alta en el proceso de hospitalización médica, y del destino del paciente (cita rápida en consultas). La elevada tasa de reingresos del GRD 541 fue objeto de análisis y grupo de mejora en el 2002.

Evolución anual de los reingresos.

| Indicador | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Nº de ingresos | 1.166 | 1.322 | 1.387 | 1.312 |
| % de pacientes con > 1 ingreso | 16,45 | 16,83 | 16,3 | 17,4 |
| E.M. del reingreso | 7,1 | 6,6 | 6,5 | 7 |
| % de estancias consumidas en el reingreso | 20,1 | 19,21 | 19,6 | 20,5 |
| % bruto de reingresos antes de 30 días | 9,6 | 8,68 | 8,37 | 8,8 |
| % real de reingresos | 7,1 | 6,5 | 6,2 | 6,9 |

G-005

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. López Sánchez¹, E. Sánchez Tejero², L. Ruiz Sánchez¹, R. Tatnell Rodríguez¹, J. Torres Díaz¹, F. Rosa Úbeda¹, L. Álvarez López¹ y E. García Sánchez²

¹Residente MFyC, ²Medicina Interna. Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

Objetivos. Conocer las características de las interconsultas solicitadas al Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital Comarcal.

Material y métodos. Se han recogido de forma retrospectiva todas las interconsultas realizadas al Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2004. Realizamos un análisis descriptivo general de los datos registrados.

Resultados. El Servicio de Medicina Interna ha recibido durante el año 2004 un total de 93 interconsultas con la distribución por Servicios que muestra la tabla 1. La edad media de los pacientes consultados fue de 71,4 años con una edad mínima de 29,9 y máxima de 96,5 años El 61,3% (57) de las interconsultas fueron de pacientes pluripatológicos. Precisarón seguimiento por nuestro Servicio el 35,5% (33) de los pacientes consultados, pasando a nuestro cargo el 12,9% (12) del total. El resultado final de éxito sucedió en el 12,9% (12) de los pacientes, que presentaban una edad media de 78,5 años con una mediana de 81, todos ellos con pluripatología. De ellos el 25% (3) había pasado a nuestro cargo y el 50% (6) estaba siendo seguidos por nuestro Servicio.

Discusión. El Servicio de Medicina Interna realiza una importante labor asistencial y de apoyo a otros Servicios. Esta asistencia es de gran relevancia en aquellos individuos frágiles como son los ancia-

nos y los pacientes pluripatológicos; y más dada la elevada probabilidad de éxitos que comportan.

Conclusiones. Los Servicios de Medicina Interna en los Hospitales Comarcales desarrollan una importante labor de apoyo en la atención de enfermos del resto de Servicios.

Interconsultas por Servicios.

| Servicio | Urgente (%) | Total (%) |
|---------------|-------------|-----------|
| Cirugía | 13 (27%) | 48 (52%) |
| ORL | 1 (9%) | 11 (12%) |
| Urología | 3 (27%) | 11 (12%) |
| Traumatología | 4 (50%) | 8 (9%) |
| Anestesia | 4 (50%) | 8 (9%) |
| Ginecología | 0 | 3 (3%) |
| Hematología | 2 (100%) | 2 (2%) |
| Oftalmología | 1 (100%) | 1 (1%) |

G-006

REPERCUSIÓN DE UNA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA (UMCE) SOBRE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (MI)

M. Torralba Saura, R. Llanos Llanos, O. Casado Meseguer, M. Gandía Herrero, A. García Rodríguez y F. Herrero Huerta

Medicina Interna. Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. Describir el impacto tras la creación de una UMCE dependiente del Servicio de Medicina Interna en la estancia media de dicho Servicio y el ahorro de camas que pueda suponer.

Material y métodos. Revisión y análisis de los datos obtenidos a través del Servicio de Gestión del Hospital tanto por el Servicio de MI como por el de la UMCE en el período de febrero a junio, ambos incluidos, de 2005 y comparación con los datos correspondientes al mismo período del año 2004 en el Servicio de MI.

Resultados. El nº de pacientes asistidos en MI durante el período febrero-junio de 2004 fue de 2119 y los asistidos en el mismo período de 2005 por MI+UMCE de 2055. En la UMCE se asistieron a un total de 538 pacientes, lo que supone el 26,18%. La estancia media de la UMCE fue de 3,02. La de MI aumentó de 7,49 en 2004 a 8,15 en 2005, pero la estancia media conjunta de MI y UMCE fue de 6,81, lo que supone una reducción de 0,68 días por paciente. La reducción de la estancia media en 0,68 días supone un ahorro de 1397 estancias durante el período analizado, con una media de 9,35 estancias diarias. Reingresaron 34 pacientes dentro del primer mes del alta, lo que supone un 6,3%.

Discusión. La Unidad Médica de corta estancia del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia consta de 18 camas cedidas de las 94 que gestionaba el Servicio de Medicina Interna y son asistidas por 3 facultativos (Uno de los cuales se contrató para esta finalidad). Además existe una consulta externa 3 días a la semana en la que solo se revisan pacientes dados de alta en dicha Unidad. Existen unos criterios de ingreso elaborados a partir de la experiencia en otros Centros (Hospital Severo Ochoa de Leganés, Virgen de la Salud de Toledo, Hospital de Elda), ajustados a las características de nuestro hospital y consensuados con los diferentes Servicios del mismo, que aplican los médicos responsables del Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Desde su creación en Febrero de 2005, la estancia media del Servicio de MI junto con la UMCE es de 6,81, con una reducción relación al mismo período del año 2004 de 0,68 días, lo que supone un ahorro en los 5 meses de 1.403 estancias (9,35 diarias). Esta mejora en la estancia media, parece menor que en otros centros, si bien se debe tener en cuenta que se partió de una estancia media más baja. Por otra parte, al analizar el excesivo ascenso de estancia media de MI, se observó que durante los meses analizados, existió un exceso de estancias llamadas sociosanitarias (Pacientes pendientes de traslado a centros de cuidados medios) de 353 en relación con el mismo período el año 2004, lo que fue debido a una mayor dificultad de traslado por problemas ajenos al Servicio de MI. Al eliminar esta diferencia de pacientes y realizar un nuevo análisis se obtiene una estancia media de 6,6 días con un ahorro de estancias

desde la creación de la UMCE de 1.696 (11,35/día). El número de reingresos es similar al de otras Unidades médicas de corta estancia o Servicios de Medicina Interna publicadas en la literatura.

Conclusiones. La creación de una UMCE dependiente del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital ha conseguido cumplir con el objetivo principal de las unidades de este tipo, que no es otro que el de no mantener a los pacientes ingresados más tiempo del que se precisa para la resolución de un problema generalmente agudo, lo que repercute tanto en la calidad asistencial y de vida de los pacientes y familiares como en la mejora de diversos parámetros de gestión clínica, como es la estancia media y estancias totales, lo que puede suponer por tanto un ahorro de recursos económicos. Esta mejora en dichos parámetros no parece conseguirse a costa de un mayor número de reingresos

G-007
LAS INTERCONSULTAS: ¿UN TRABAJO PLANIFICADO?

C. Gutiérrez del Río¹, M. Campoamor Serrano¹, M. G^a-Alcalde Fernández², J. Morís de la Tassa¹ y D. León Durán¹

¹Medicina Interna, ²Unidad de E. Infecciosas. Cabueñes. Gijón, Asturias.

Objetivos. Analizar las características de las interconsultas (IC), registradas para Medicina Interna (MI) - Infecciosas (INF) y su repercusión en el sistema.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en un hospital de 500 camas, entre el 1-7 al 31-12 del 2004, incluyendo las IC dirigidas a MI/INF. Los datos se procesaron mediante dBase IV.

Resultados. Se registraron 297 IC; se eligió una muestra de 178. Fueron varones 89 (50%). Edad media: 70 ± 19 (94/14). Se recibieron en horario de mañana 135 (76%), de las que 55% se dirigían a MI y 45% a INF; 43 (24%) fueron realizadas durante la guardia. El carácter fue normal en 37%, preferente en 33% y urgente en 30% (seguimiento: 24). La estancia media (EM) fue: 24 ± 20 días y su distribución por servicios, así como, la procedencia y el número de visitas generado se observa en la tabla 1. N° de diagnósticos: 2,61 ± 1,65 (8/1) con mediana de 2, siendo mayor en exitus, traslados a UCI y MI. La media de días de ingreso en el momento de la IC fue: 9 ± 10 (55/0), realizándose al ingreso en 21 (12%). IC previas a otros servicios, por igual motivo: 29 (16%) y de éstas 23 (79%) procedían de S° quirúrgicos. La evolución: alta definitiva: 116, alta y control en MI: 25, traslado a MI u otros S° médicos: 15, traslado a S° quirúrgicos: 2, a UCI: 3 y exitus: 14. En el informe de alta se hacía referencia a la IC en 68, al diagnóstico en 62 y a recomendaciones: 61.

Conclusiones. 1) Elevado porcentaje de IC proceden de S° quirúrgicos, sobre todo de Traumatología y C.general. 2) La solicitud programada es poco frecuente, sobre todo en las IC dirigidas a MI. 3) La EM de estos pacientes es superior a la del resto del servicio y la IC genera un considerable n° de visitas. 4) Este trabajo, no programado, aparece escasamente reflejado, a pesar de la complejidad de los pacientes, traducido en n° de diagnósticos. 5) Es posible que estableciendo cauces de organización y programación de IC, fundamentalmente en relación con S° quirúrgicos, se consiga un mejor manejo de estos pacientes y una reducción de la EM, con aumento de satisfacción de los pacientes y profesionales implicados.

Tabla 1. Servicio peticionario-Estancia media-Número de visitas.

| S° peticionario | S° receptor | | Estancia media: 24±20 (144/2) | | | N° total visitas Mediana visitas: 2 |
|-----------------|-------------|-----|-------------------------------|-------|-----------|--|
| | MI | INF | TOTAL | EM | EM del S° | |
| Traumatología | 36 | 23 | 59 (33%) | 28±24 | 11,73 | 314 (50%) |
| C. general | 31 | 10 | 41 (23%) | 28±19 | 10,71 | 126 (20%) |
| C. vascular | 8 | 2 | 10 (6%) | 21±16 | 7,7 | 33 (5%) |
| Obs./Ginec. | 6 | 3 | 9 (5%) | | | 35 (6%) |
| Otros Quir. | 6 | 3 | 9 (5%) | | | 31 (5%) |
| Cardiología | 9 | 9 | 18 (10%) | 16±8 | 5,94 | 31 (5%) |
| Neurología | 6 | 6 | 12 (7%) | 28±20 | 9,35 | 24 (4%) |
| Digestivo | 5 | 2 | 7 (4%) | | | 10 (2%) |
| Otros Méd. | 7 | 4 | 11 (6%) | | | 27 (4%) |

G-008
REINGRESOS Y REPERCUSIÓN EN OTROS SERVICIOS DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA

J. Noval Menéndez¹, E. Avanzas González¹, M. Campoamor Serrano¹, D. Galiana Martín¹, B. Rodríguez Díaz¹ y J. Morís de la Tassa²

²Departamento Medicina. Universidad. Oviedo, Asturias.
¹Medicina Interna. Cabueñes. Gijón, Asturias.

Objetivos. Evaluar los reingresos y la repercusión en las estancias de otros servicios de MI tras la creación de la Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM): 17 camas de las 77 que corresponden al servicio de MI con un objetivo de estancia ≤ 5 días.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas y los datos proporcionados por el servicio de Documentación Clínica en la UCEM durante el año 2004. Se determinó la tasa de reingresos (hasta 1 mes del alta) y la estancia media de los servicios de Cardiología, Neumología y MI general (sin UCEM) pre y postimplantación de la unidad en junio del año 2003.

Resultados. 1107 pacientes fueron ingresados en la UCEM con una edad media de 74,2 años.El 51% eran mujeres y la estancia media global fue de 3,8 días. Los diagnósticos más frecuentes fueron: insuficiencia cardíaca (247 casos), EPOC (170), neumonía (127), asma (110), infección respiratoria (115) y GEA (76). Sólo el 13,2% (137 pacientes) precisaron una estancia > 5 días (el 18% con neumonía, 17% con EPOC, 14% con insuficiencia cardíaca, 9% con GEA y el 7,5% con asma). El 20,8% fueron revisados en la consulta externa propia de la UCEM. Las estancias medias fueron: MI global: 9,6 d en 2002 y 7,4 d en el 2004. MI (sin UCEM): 9,3 d en el 2004. Neumología: 9,4 d en el 2002 y 8,1 días en el 2004. Cardiología: 6,2 d en el 2002 y 6,1 d en el 2004. La tasa de reingresos por cualquier causa fue del 13,7% (del 6,5% si sólo consideramos el mismo diagnóstico en el reingreso), similar al resto de servicios: 13,7% cardiología, 14,5% en neumología, y 11,3% en MI general.

Conclusiones. 1) La UCEM es una alternativa válida y eficiente a la hospitalización convencional. 2) Se han cumplido los objetivos asistenciales: número de ingresos, estancia media y tasa de reingresos. 3) Se han cumplido los objetivos de calidad: no repercusión en el resto de secciones de Medicina Interna.

G-009
INFLUENCIA DE UN SISTEMA PERSONALIZADO DE DOSIFICACIÓN EN LA EFECTIVIDAD CLÍNICA DEL TARGA

J. Fernández Peláez¹, M. Gimeno Jordá², P. Acosta Robles², J. Fernández Martín², F. Verdejo Reche² y A. Lozano Serrano¹

¹Área de Medicina Interna, ²Área de Farmacia. Hospital de Poniente. El Ejido, Almería.

Objetivos. Uno de los criterios de calidad del proceso asistencial integrado VIH/SIDA es que la carga viral sea indetectable (< 200 copias) a los 6 meses de iniciado el TARGA, lo que es indicativo de la efectividad clínica del tratamiento. En nuestro hospital diseñamos un sistema personalizado de dosificación del TARGA que permite al paciente disponer de la medicación total para cada toma y de la información necesaria para llevar a cabo un correcto cumplimiento del tratamiento. **Objetivos:** medir el objetivo de calidad propuesto durante los años 2002 al 2004.

Material y métodos. Métodos: los datos contenidos en la hoja de prescripción aportada por los pacientes VIH al Área de Farmacia (carga viral y CD4) se introducen en la aplicación informática integrada (Farmatools). La dispensación del TARGA se acompaña de las explicaciones necesarias para que el paciente comprenda sin dificultades su tratamiento (población inmigrante con pobre comprensión del español).

Resultados. Ver tabla 1.

Discusión. La dispensación del TARGA de forma individualizada por toma facilita la comprensión del tratamiento, sobre todo para aquellos pacientes con dificultad de comprensión del idioma. Con este sistema el paciente no tiene que recordar qué medicamentos y en qué cantidad debe tomar. El mapa horario presente en el envase refuerza de forma visual cómo debe tomárselo.

Porcentaje de pacientes con carga viral indetectable.

| Estándar > 50% | Año 2002 | | Año 2003 | | Año 2004 | |
|---|----------|-------|----------|--------|----------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| CV < 200 copias/ml | 55 | 62,5% | 82 | 80,39% | 115 | 82,73% |
| CV > 200 copias/ml | 30 | | 19 | | 24 | |
| < 6 meses entre inicio TAR y última CV | 23 | | 14 | | 13 | |
| Sin información CV | 3 | 3,41% | 1 | 0,98% | 0 | 0% |
| Total censado | 111 | | 116 | | 152 | |

G-010

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COMO ALTERNATIVA AL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS CON EPOC DESCOMPENSADA

H. Mendoza Ruiz de Zuazu¹, M. Gómez Rodríguez de Mendarozqueta¹, J. Regalado de los Cobos¹, E. Altuna Basurto¹, A. Marcaide Ruiz de Apodaca², E. Oveja Barrutieta¹ y J. Cía Ruiz¹

¹Hospitalización a Domicilio, ²Digestivo. Txagorritxu. Vitoria, Álava.

Objetivos. Analizar las derivaciones de pacientes con EPOC descompensada procedentes del Servicio de Urgencias a la Unidad de Hospitalización a Domicilio en el Hospital Txagorritxu de Vitoria donde el ingreso es recomendado tras valoración médica.

Material y métodos. Pacientes comprendidos entre marzo de 1999 y octubre de 2004 con criterios de EPOC agudizado que fueron derivados a Hospitalización a Domicilio (HaD) desde el Servicio de Urgencias. Variables estudiadas: edad, sexo, FEV1, estancia media, disnea basal y actual, gasometría basal y actual, disnea basal y actual, enfermedades coexistentes, utilización de nebulizadores, oxigenoterapia y medicación intravenosa y evolución (altas/ingresos/fallecimientos). Analizamos el número de visitas a Urgencias y los ingresos hospitalarios 3 meses antes y 3 meses después a la intervención de HaD mediante t de student para muestras dependientes (SPSS 12).

Resultados. Se aceptaron 201 pacientes. 81,5% fueron hombres. La edad media fue de 75,5 años (extremos 33-90). La estancia media fue de 10,3 días (1-111). El 84,6% fueron dados de alta. El 15% precisaron traslado al Hospital (12% con causa relacionada al EPOC) y un paciente falleció. Valores medios: FEV1 48,4, PO₂ basal 68, PO₂ actual 61, SO₂ basal 93, SO₂ actual 91, disnea basal 2,6, actual 4,3. El 8% presentó neumonía. Comorbilidad: Insuficiencia cardíaca 28%, Diabetes 21%, Insuficiencia renal 10%, cáncer 9%. El 27%, en programa de oxigenoterapia domiciliaria previa y un 38,5% más preciso oxígeno durante la agudización. EL 24% preciso nebulizadores. Medicación intravenosa: corticoides 21%, antibióticos 16,5% y furosemida 8%. En el estudio comparativo 3 meses antes/después se redujeron las visitas a Urgencias (de 1,4 a 0,5; p < 0,001) pero no los ingresos.

Discusión. La Hospitalización a Domicilio (HaD) es una alternativa real al ingreso hospitalario para aquellos pacientes con patología crónica agudizadas como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, evitando ingresos y ofertando una calidad asistencial óptima y en el domicilio del paciente. En nuestra serie se constata un aceptable buena evolución (84,6%) en pacientes con un empeoramiento marcado de su disnea basal (de 2,6 a 4,3 en la escala 1-5), tratando incluso pacientes cuya causa de descompensación ha sido una neumonía (8%) con un amplio manejo de nebulizadores, oxigenoterapia y medicación intravenosa.

Conclusiones. La HaD consigue ofertar una calidad asistencial especializada en la EPOC que precisa ingreso hospitalario, con buena evolución en el 84,6% de los casos y disminuyendo la frecuentación posterior al Servicio de Urgencias.

G-011

INTERNISTA COMO ENLACE ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA ALZIRA (2004-2005)

C. Trescoli Serrano y M. Peris Godoy

Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia.

Objetivos. Impacto de la integración de un internista en el Equipo de Atención Primaria en el consumo de recursos hospitalarios: visitas en Consultas Externas de Medicina Interna.

Material y métodos. El Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Ribera realiza su actividad clínica en hospitalización y Consultas Externas. A partir del 2004 y con la implantación de las gerencias únicas se creó la figura de «link» o enlace: agente integrador entre la Atención Primaria (AP) y la Especializada (AE). Su objetivos eran aumentar la capacidad de resolución del Equipo de AP en su centro a través de: Resolución de casos clínicos en el Centro de Salud (Consultoría) Participación en sesiones clínicas conjuntas Presentación y revisión de las guías clínicas del área de salud Dar a conocer y potenciar circuitos asistenciales y no-asistenciales Facilitar conexión entre distintas áreas: solicitud de pruebas diagnósticas En Junio 2004, 10 internistas se integraron con los 10 Equipos de Atención Primaria del Departamento 11 de la CV. Para ello dedicaban una sesión semanal además del contacto directo telefónico y vía e-mail.

Resultados. Durante el período entre Junio 2004 y Mayo 2005 se comentaron una media de 4,6 pacientes y se visitaron 2 pacientes por sesión/internista en cada centro de salud. El número de pacientes vistos y valorados en todos los Centros de Salud fue superior a los 1000 pacientes. Estos no necesitaron ser vistos en las CCEE hospitalarias aunque acudieron para la realización de pruebas al hospital. Durante el mismo período se presentaron 12 guías clínicas (una mensual) y se revisaron enfermos del mismo centro de salud con la misma patología que la guía presentada. El número de primeras visitas y sucesivas en CCEE Medicina Interna entre junio 2003 y mayo 2004 fue 6.033 y 11.958 respectivamente; y entre junio 2004 y mayo 2005 fueron 4.365 y 8.288 visitas.

Discusión. Durante el período de junio 2004-2005 se resolvieron en los Centros de Salud más de 1.

000 pacientes sin necesidad de acudir a CCEE hospitalarias, incluso se evitaban ingresos hospitalarios. Estos pacientes si acudieron al hospital para la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas. Durante el período de actuación del link se produjo una reducción del 28% de las primeras consultas y un 31% de las sucesivas comparado con el año previo. Las demoras de CCEE de medicina Interna disminuyeron durante el período de integración.

Conclusiones. El internista como enlace entre Atención Primaria y Atención Especializada aumenta la capacidad de resolución de Atención Primaria reduciendo la carga asistencial hospitalaria, especialmente de consultas externas.

G-012

INFLUENCIA EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UN EQUIPO DE JEFES DE GUARDIA EN UN HOSPITAL COMARCAL. UN MODELO NOVEDOSO DE ASISTENCIA Y DE GESTIÓN

C. Miret Mas, A. Smithson Amat, G. de la Red Bellvis, M. Domingo Soriano, A. Marqués Vilallonga, S. Ledesma Serrano, F. Gutiérrez Navi y M. Nolla Salas

Servicio de Urgencias. Espíritu Santo. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Objetivos. En mayo de 2003 se creó un equipo de Jefes de Guardia (JG) en el Servicio de Urgencias (SU) de nuestro hospital. Está constituido por 6 médicos especialistas con funciones asistenciales, científicas y de gestión, que cubren las 24 horas del día, todos los días del año, en turnos de 12 horas. La asistencia es en el área de observación y de las urgencias de los pacientes ingresados en Medicina Interna. El objetivo es analizar la influencia de la incorporación del equipo de JG en la actividad asistencial en el área de MI del SU.

Material y métodos. Se han comparado los siguientes indicadores antes (año 2002) y después (año 2004) de la incorporación del equipo de JG: urgencias de MI atendidas (UCIAS), altas desde el SU (A-SU) y desde el AO (A-AO), ingresos a MI desde urgencias (ING-MI), estancias en el AO (E-AO), estancia media en el AO (EM-AO) y del servicio de MI (EM-MI), derivaciones desde urgencias (D-URG) y desde el servicio de MI (D-MI) a otros centros, porcentaje de ING-MI en relación a UCIAS (P-ING) y tasa de mortalidad del servicio de MI (TM-MI).

Resultados. Ver tabla de resultados.

Discusión. A pesar del incremento significativo de UCIAS durante el año 2003, se ha mantenido estable ING-MI a expensas de la dis-

minución de P-ING, que es producto del incremento significativo de E-AO y la tendencia a aumentar A-AO. Esto se ha conseguido sin aumentar EM-AO. Se ha observado un incremento significativo de D-MI y una tendencia a aumentar TM-MI, hechos que reflejan una mayor complejidad y gravedad de los pacientes que ingresan en MI. **Conclusiones.** El incremento de actividad del AO, y el aumento de la complejidad y gravedad de los pacientes que ingresan en MI desde la incorporación del «Equipo de Jefes de Guardia» en un hospital comarcal indica que este modelo ha permitido mejorar la capacidad resolutoria del SU. Todo ello comporta una mejor optimización de recursos para la atención urgente y hospitalización, en particular en épocas de alta presión asistencial.

Diferencias entre los valores de las variables estudiadas antes y después de la creación del equipo de «Jefes de Guardia».

| | 2002 | 2004 | p |
|--------|------------|------------|---------|
| UCIAS | 1.9781 | 24.654 | < 0,001 |
| A-SU | 1.7454 | 22.145 | < 0,001 |
| E-AO | 1.061 | 1.334 | 0,03 |
| A-AO | 843 | 968 | 0,06 |
| ING-MI | 2325 | 2.102 | 0,22 |
| P-ING | 11,7 ± 0,6 | 6,6 ± 0,3 | < 0,001 |
| EM-AO | 1,11 ± 0,8 | 1,36 ± 0,1 | 0,09 |
| EM-MI | 6,9 ± 0,2 | 7,2 ± 0,2 | 0,71 |
| D-URG | 403 | 380 | 0,84 |
| D-MI | 134 | 197 | 0,014 |
| TM-MI | 3,9 ± 0,2 | 5,1 ± 0,5 | 0,07 |

G-013

ÉXITOS RELACIONADOS CON PROBLEMAS HOSPITALARIOS. ANÁLISIS EN UN HOSPITAL COMARCAL
A. Ramos Guerrero¹, A. Fernández Moyano¹, C. Colón Pallarés², J. Fernández Rivera¹, R. Espinosa Calleja¹, Y. Marín Fernández¹, A. Mata Martín¹ y M. Romero Rivero¹

¹Servicio de Medicina, ²Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Objetivos. La mortalidad hospitalaria se considera clásicamente uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente utilizado, constituyéndose como un valioso instrumento para la planificación y gestión de los hospitales. El concepto de mortalidad evitable (ME) se relaciona con aquellas enfermedades para las que el conocimiento médico está lo suficientemente adelantado como para prevenir casi todas las muertes en determinados grupos de edad. Los éxitos relacionados con problemas hospitalarios (ERPH), hacen referencia a las circunstancias que son provocadas por la actividad hospitalaria y que llevan a este desenlace. Estas circunstancias deben ser identificadas y evitadas por el clínico para mejorar la asistencia sanitaria. **Objetivos:** 1) Analizar las características clínicas, demográficas de los pacientes fallecidos, y las causas de la muerte. 2) Identificar problemas hospitalarios directamente implicados con el fallecimiento.

Material y métodos. Analizamos todos los éxitos identificados en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla), durante el período comprendido entre enero-diciembre (2004). Los datos fueron extraídos de la historia clínica informatizada (Actix V.6.1.0.) de manera retrospectiva. Estudiamos los datos demográficos, fecha en la que se produce la muerte, servicios, etiología, problemas relacionados con el hospital que estén implicados directamente con el éxito (Infecciones nosocomiales, técnicas diagnósticas o terapéuticas, omisión de tratamiento o profilaxis, incidentes nocivos inesperados que suceden en el hospital y problemas organizativos/estructurales). **Resultados.** Registramos un total de 274 muertes. La edad media fue de 78,36 ± 11,1(30-104). El 52,19% fueron mujeres. La distribución por servicios fue: 208 (76%) Medicina Interna; 37 (14%) UCI; 24 (9%) Cirugía; 4 (1,5%) Traumatología. Las causas más frecuentes de mortalidad global vienen reflejadas en la tabla 1. Identifi-

camos un total de 19 (6,9%) de ERPH, con una edad media de 78,8 ± 15 años (33-95). Once (58%) fueron mujeres. Las situaciones hospitalarias en las que se produce la muerte son: Incidente nocivo 11 (58%); Infección nosocomial 5 (26%); Técnica diagnóstica-terapéutica 2 (11%); Problema organizativo-estructural 1 (5%). Como incidente nocivo observamos que la Neumonía por aspiración se constituyó en la causa de muerte más frecuente en este subgrupo de pacientes.

Conclusiones. La mortalidad hospitalaria es un parámetro de valoración interna de la calidad asistencial de los diferentes centros sanitarios. Una exhaustiva valoración de los éxitos permite identificar problemas o situaciones que han de corregirse con el objeto de mejorar nuestra práctica clínica.

Tabla 1. Causas de mortalidad global.

| Total | 274 | % |
|----------------------|-----|----|
| Cáncer | 59 | 22 |
| Sepsis | 30 | 11 |
| ICC | 28 | 10 |
| EPOC | 23 | 8 |
| AVC | 22 | 8 |
| C. isquémica | 22 | 8 |
| Neumonía A.C. | 21 | 8 |
| Neumonía asp. | 14 | 6 |
| Isquemia mesentérica | 7 | 3 |

G-014

DIRAYA. GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS

A. Fernández Moyano¹, I. Vallejo Maroto¹, A. Mata Martín¹, Y. Marín Fernández¹, R. Espinosa Calleja¹, R. de la Rosa¹, J. García Garmendia² y J. Fernández Rivera¹

¹Servicio de Medicina, ²Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Objetivos. El sistema de gestión de citas en consultas externas de nuestro Hospital permitía hasta ahora tutelar la citación del paciente, asignándole especialidad y demora por un Internista. Esta asignación era realizada en base a los datos que se recibían desde Atención Primaria en el P-111 y a la citación diferida. La implantación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía de la H⁸ Digital de Salud del Ciudadano (Diraya versión 4.1, Modulo de citación) impide disponer de esta información con antelación, lo que dificultaba continuar con este modelo de funcionamiento. Para poder seguir manteniendo esta gestión de citas, desarrollamos un modelo de consulta que hemos llamado Consulta Médica Especializada (C.M.E.), cuyos resultados exponemos aquí. **Objetivos:** 1) Mostrar características del funcionamiento de la C.M.E. 2) Exponer resultados y 3) Comparar los resultados de este nuevo modelo en la gestión de citas con el modelo previo.

Material y métodos. Una consulta atendida por un Internista y por un Auxiliar de Clínica, con disponibilidad de TA y ECG. Se desarrolla en 5 jornadas semanales de mañana y en una jornada de tarde. Se inició el 2 de mayo, mostrando aquí la actividad hasta el 5 de Agosto. Se atendieron pacientes cuya derivación inicial se solicitaba a consulta de Digestivo y Cardiología fundamentalmente y en menor porcentaje a Neumología.

Resultados. Fueron atendidos 904 pacientes. La distribución de la solicitud desde Atención Primaria y la asignación de especialidad posterior desde la CME se indican en la tabla 1. Los tiempos de demora de CME a consulta reglada y los exámenes complementarios solicitados en la tabla 2.

Conclusiones. La evaluación clínica del paciente en la CME por un Internista, ha permitido mantener la gestión clínica en la citación de las consultas externas, conservando la asignación de prioridad y de especialidad. Además, y como novedad, ha modificado la distribución por especialidades y optimizado la toma de decisiones en la primera asistencia en consulta reglada.

Tabla 1. Solicitud desde primaria y asignación final desde CME.

| | Solicitud desde primaria (Diraya) (frecuencias y %) | Asignación desde CME (frecuencias y %) | Asignación (histórico) modelo previo (%) |
|----------------|---|--|--|
| Digestivo | 407 (45%) | 191 (21%) | 22,5% |
| Cardiología | 340 (38%) | 158 (17%) | 25% |
| Neumología | 157 (17%) | 12 (1,3%) | 15% |
| Interna | | 372 (41%) | 37,5% |
| Altas directas | | 171 (19%) | |

Tabla 2. Demora y Solicitud de complementarios desde CME a consulta reglada.

| Demora Media (días) (mínimo-máximo) | Exámenes complementarios (%) | Analítica (%) | Radiología (%) | Pruebas (%) | Pruebas (%) |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------|----------------|-------------|-------------|
| 42 (0-112) | 98 | 98 | 41 | 22 | 23 |

G-015
RELACIÓN DEL CONSUMO DE ANTI-INFLAMATORIOS NO-ESTEROIDEOS E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

J. González Perales¹, M. García Zarco², C. Trescoli Serrano¹ y C. García-Orad Carles²

¹Medicina Interna, ²Urgencias. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia.

Objetivos. Valorar el impacto del aumento de consumo de los medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE's) en los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva alta (HDA) en un período de 5 años en una area de salud.

Material y métodos. El uso de AINE's esta ampliamente extendido en la comunidad y su consumo va en aumento. Los AINE's pueden producir HDA y su combinación con inhibidores de la bomba de protones (IBP) reduce este riesgo. El sistema de información de gestión de la presentación farmacéutica (GAIA) fue creado en el año 2002 por la Agencia Valenciana de Salud (AVS) como herramienta de información con indicadores de consumo por áreas de salud, grupos farmacéuticos y periodos de tiempo. La DHD es el número de ciudadanos por 1000 habitantes que reciben una dosis diaria definida de un medicamento. Con el sistema GAIA se midió el consumo de AINE's como la DHD media anual durante el período 2000-2004 en los habitantes de nuestra area de salud. También medimos la DHD de IBP para valorar su relación con el consumo de AINE's. Los ingresos hospitalarios por HDA así como la mortalidad intrahospitalaria fue obtenida de la base de datos (CMBD) del unico hospital de referencia de nuestra área de salud.

Resultados. Durante el período 2000-2004 la DHD anual media de AINE's fue: 135, 145, 141, 148 y 158 y la de IBP: 97, 122, 148, 178 Y 209, Las HDA hospitalizadas durante este período fueron: 84, 107, 107, 87 y 94 y los fallecimientos intrahospitalarios por HDA: 4,10,13,5 y 4 respectivamente. No hubo relación estadística significativa entre el aumento del consumo AINE's y los ingresados o fallecidos por HDA (p > 0,05) posiblemente por el aumento de consumo de IBP en ese mismo periodo.

Discusión. El mayor consumo de farmacos AINE,s en la sociedad actual, asociado al envejecimiento de esta así como a la mayor prevalencia de un mayor numero de pacientes pluripatologicos deberia asociarse a un mayor aumento de efectos adversos de estos, especialmente HDA. Este efeco no se observa al existir un mayor aumento del consumo de IBP en los ultimos años, especialmente en 2003-2004, posiblemente por el menor coste de estos. Estos aumentos del consumo de farmacos no se asocian a un mayor numero de ingresos o fallecimientos intrahospitalarios por sangrado gástrico.

Conclusiones. El aumento de consumo de AINE's no ha aumentado los ingresos hospitalarios ni la mortalidad intrahospitalaria por HDA posiblemente por el aumento de consumo de IBP's.

G-016
UTILIDAD DE LA BRONCOSCOPIA COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA

R. Lana Soto¹, J. Mendoza Hernández¹, A. Lérída Urteaga² y J. Álvarez Sala³

¹Medicina Interna, ³Neumología. Clínico San Carlos. Madrid. ²Medicina Interna. Viladecans. Viladecans, Barcelona.

Objetivos. Determinar la utilidad de la broncoscopia como técnica diagnóstica.

Material y métodos. Estudio prospectivo en el que se incluyeron de manera consecutiva a 125 pacientes a los que se les solicito una broncoscopia en un hospital de tercer nivel. A todos se les realizó una broncofibroscopia por vía nasal sin sedación, utilizando unicamente anestesia local por medio de una punción intercricoidea. Siempre las realizó el mismo neumólogo, para evitar sesgos intersujeto. Se analizó cual era el motivo de solicitud de la prueba y los diagnósticos obtenidos.

Resultados. La distribución de los pacientes por sexos era de 96 hombres y 29 mujeres, con una edad media de 61 años (rango entre 22-84 años). En el momento de realizar la prueba estaban hospitalizados 54 (43.2%) enfermos. Sólo hubo que suspender la prueba en tres ocasiones. Los motivos de indicación de la broncoscopia fueron: nódulo pulmonar 41 (32.8%), hemoptisis 12 (9,6%), infiltrado pulmonar difuso 15 (12%), infiltrado focal 21 (16.8%), control tumoral postquirúrgico 12 (9,6%), evaluación prequirúrgica 2 (1.6%), y otras 22 (17.6%). Los diagnósticos obtenidos fueron: carcinoma epidermoide 20 (16%), adenocarcinoma 6 (4.8%), carcinoma microcítico 7 (5.6%), otros tumores 4 (3.2%), tuberculosis 4 (3.2%), otras infecciones 11 (8.8%), otros diagnósticos 41 (32.8%). No se alcanzó el diagnóstico en 32 (25.6%) pacientes.

Conclusiones. La broncoscopia tiene una alta rentabilidad diagnóstica ya que proporciona el diagnóstico en el 75% de los casos, siendo la patología más frecuente la neoplasia pulmonar en 37 (29,2%) enfermos seguida de las infecciones en 15 (12%) ocasiones.

G-017
ANÁLISIS EN UN PERÍODO DE CINCO MESES, DE LAS CORONARIOGRAFÍAS SOLICITADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. de la Vega Sánchez, A. Leal Luna, J. de la Vega Vázquez, F. Martínez Peñalver, T. Montserrat García y R. Pérez Cano

Medicina Interna. H.U.V. Macarena. Sevilla.

Objetivos. Análisis de parámetros epidemiológicos: Edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, Pruripatología. Revisión de número de pacientes que se habían practicado antes esta prueba y el resultado. Revisión del número de STENT que han sido implantados, localización de las lesiones, y la morbi-mortalidad de la prueba. Análisis del impacto en la Estancias Medias del Servicio y la repercusión económica de la demora.

Material y métodos. Es un estudio retrospectivo, en el que se han registrado todas las epicrisis derivadas de los ingresos en 60 camas de un Servicio de Medicina Interna, durante un período de 5 meses, en cuyo Diagnostico Principal figuraran GDRS relacionados con Síndrome Coronario Agudo. El numero de epicrisis es de de 121, de ellas se han elegido aquellas en que figura como Procedimiento Diagnostico Principal durante su ingreso, un estudio Hemodinamico Cardiaco, que resultan ser 50.

Resultados. Se han evaluado a 50 pacientes de ambos sexos (59% hombres y 42% son mujeres). Un 72% son pluripatológicos (según los criterios seguidos por el SAS) con factores de riesgo cardiovascular. Un 82% del total, nunca se han realizado previamente un estudio hemodinamico. En un 62% de los casos, se evidencia al menos una lesión en una de las arterias coronarias, mientras un 38% han sido informadas como coronarias normales. Del total de casos en los que la coronariografía es diagnóstica, el 61,8% es objeto de intervencionismo coronario. En un 32.2% se coloca un STENT, dos en cerca de un 20%, y tres en un 9,6%. Un 70% de los pacientes en los que se coloca STENT son mayores de 75 años, con factores de riesgo cardiovascular. La arteria más afectada es la ADA, en la que se instauran un 50% de los STENT. La ADP se afecta en un

5%, la ACX en un 28%, y la ACD en un 17%. La tasa de complicaciones es de un 10%, habiendo un solo caso de muerte. El tipo de complicaciones presentadas es siempre de tipo menor.

Discusión. La prevalencia de eventos cardiovasculares, tiende a igualarse en ambos sexos. Un 90% presentan factores de riesgo cardiovascular y un 42% son pluripatológicos lo que reafirman la prevalencia de cardiopatía isquémica entre ellos y el número creciente de realización de Estudios Hemodinámicos. La población que con más frecuencia tiene resultados positivos en este tipo de pruebas, es la perteneciente a grupos de edad mayor de 70 años. En personas más jóvenes se observa una desviación entre la indicación de practicarse la prueba y la positividad de esta. Se sigue observando la tendencia a la obstrucción de la DA, igual a otros estudios. No se evidencia obstrucción de STENT instaurados previamente, lo que nos hace pensar que la estrategia terapéutica medicamentosa posterior es correcta. Hemos encontrado las siguientes causas de falsos negativos de coronariografías: -Angina microvascular (estudios Cannon y Epstein y Coronary Artery Surgery Study). -Angina Prinzmetal, dolor torácico no cardiogénico, etc. Algún porcentaje de nuestros casos no diagnóstico, podría corresponder a estos falsos negativos. El tiempo medio de demora entre la petición de la prueba y la realización de la misma con 7 días, y 4,5 días el tiempo que se tarda en pedir la prueba. Analizando los datos obtenidos en el Informe de la Actividad de Hospitalización y de los Costes del HV Macarena para su Área, se observa que: -La Estancia Media global Medicina Interna es de 14 días (1321 euros) -El exceso en los costes es de 1085,10 euros por paciente de media.

Conclusiones. La realización de cateterismos es cada vez más frecuentes en estos pacientes, esto: Implica una mejoría técnica en cuanto a la seguridad en su realización. Pertenecer a un grupo de pacientes de riesgos, Pluripatológicos, no debe suponer contraindicación para efectuarla. El porcentaje, según bibliografía, de angina microvascular, como la principal causa de falsos negativos, es un dato a tener en cuenta a la hora de seguir con los estudios y tratamiento, a nuestro juicio implica un seguimiento más estrecho ante las dudas. El estudio de costes, demuestra un ahorro económico no despreciable en función de la reducción de la demora en la realización del estudio hemodinámica.

G-018

ÉXITOS SECUNDARIOS A PROBLEMAS HOSPITALARIOS (ESPHS). INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL

C. Sanclemente Ansó¹, D. Pañella Mora¹, A. García Hinojo¹, C. Rodríguez Gallego López¹, J. Vilaró Pujals¹, F. Del Molino Sanz², A. Romaguera Mozois³ y M. Moleiro Oliva⁴

¹Medicina Interna, ²Urgencias Médicas, ³Cirugía General,

⁴Cardiología. Técnico de Mortalidad. Hospital General de Vic, Vic, Barcelona.

Objetivos. El objetivo del trabajo fue revisar los éxitos secundarios a problemas hospitalarios, observar sus características para poder mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de todos los éxitos des enero de 1997 a diciembre de 2003 en los que se ha registrado un ESPH clasificados en: 1) infección nosocomial; según la definición del Center Diseases Control (CDC), 2) técnica diagnóstica/terapéutica; aquellos casos en que se cree que la causa de la muerte está directamente relacionada con la ejecución de una decisión diagnóstica o terapéutica, 3) omisión de tratamiento/profilaxis; no proporcionar o demorar un tratamiento o profilaxis de demostrada eficacia, ya sea por error diagnóstico o desconocimiento, 4) incidente nocivo; hechos inesperados que pueden suceder en un hospital y que pueden conducir a la muerte del paciente como por ejemplo las aspiraciones o caídas y 5) problema organizativo/estructural; cuando el éxito se puede atribuir directamente a un déficit organizativo o de estructura, por ejemplo un desfibrilador que no funciona. También se recojió la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE). Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas de centralización y dispersión estándar; para la comparación de los grupos se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) y la correlación de Pearson mediante un paquete estadístico SPSS.

Resultados. Desde enero de 1997 a diciembre de 2004 se produjeron 1165 éxitos en el servicio de Medicina Interna 125 (10,7%) fueron ESPHS; 77 varones y 48 mujeres, con una edad media de 77 ± 12 años, con un rango de edad de 27 a 94 años. La edad del resto de los éxitos fue de 80 ± 11 años. Los ESPHS no mostraron más patología asociada que el resto de los éxitos y ningún diagnóstico principal como motivo de éxitos se ha visto relacionado con más frecuencia con presentar un ESPH. Los ESPHS se presentaron predominantemente en pacientes de sexo masculino, la edad no influyó en la aparición de este problema. Las causas más frecuentes de ESPHS fueron: 1) Infección nosocomial: 49 (39,2%) pacientes, 2) omisión o demora de tratamiento: 25 (20%), 3) incidente nocivo 25 (20%), 4) técnica diagnóstica-terapéutica 19 (15,2%) 5) problema estructural organizativo 7 (5,6%). La ratio global de ESPHS (ESPHs /nº altas) fue de 0,60. Hemos visto un aumento de mortalidad global en nuestros pacientes en el período estudiado no pudiéndola relacionar con ninguna variable, excepto que progresivamente hemos visto un aumento del índice de complejidad de los pacientes.

Conclusiones. 1) La tasa global de ESPHS fue de 0,60 superior a la recomendada (0,5), sin olvidar que esta última es una tasa hospitalaria y no exclusiva o ajustada a un servicio de Medicina Interna, en estos momentos estamos trabajando en un estudio multicéntrico para intentar conseguir esta tasa y utilizarla de referencia. 2) De forma global la causa más frecuente de ESPH fue la infección nosocomial, siendo la neumonía intrahospitalaria la entidad nosológica más frecuente, destacando su presencia en los pacientes con una estancia hospitalaria más larga. 3) La estancia media hospitalaria de los ESPHS fue superior a la del resto de éxitos con una diferencia estadísticamente significativa $p < 0,0001$, con un rango de 0 a 61 días. 4) El ESPH se produjo con más frecuencia en el sexo masculino independientemente de la patología asociada durante o previa al ingreso con una $p < 0,001$. La edad no influyó a la hora de presentar un ESPH. 5) La tasa de mortalidad global ha aumentado durante el período estudiado coincidiendo esto con el aumento del índice de complejidad del paciente (siendo en el 2004 de 1), con una $p < 0,0007$. 6) Estamos convencidos que el análisis de los ESPHS es un buen método para evaluar y mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes.

G-022

PACIENTES CON IGUAL GRUPO RELACIONADO DIAGNÓSTICO (GRD) INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA CONVENCIONAL Y EN CORTA ESTANCIA (UCE)

J. Marco Martínez², S. Plaza Canteli¹, J. Jusdado Ruiz Capillas¹, R. Torres Perea¹, P. Rondón Fernández¹, R. Rodríguez Rosado¹ y R. Barba Martín³

¹Medicina Interna. Severo Ochoa. Leganés, Madrid. ²Medicina

Interna. Clínico de San Carlos. Madrid. ³Medicina Interna. Fundación Hospital de Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. En el Hospital Severo Ochoa de Leganés, la UCE depende funcionalmente del servicio de Medicina Interna (MI). Su objetivo es la atención a pacientes con patologías diversas pero que su estancia hospitalaria no supere los 5 días. Intentamos objetivar diferencias entre pacientes con idéntico GRD que ingresan bajo una u otra modalidad en el mismo servicio (hospitalización convencional vs corta estancia).

Material y métodos. Se han utilizado los datos del servicio de archivo y codificación. Comparamos los GRD de mayor prevalencia durante un período de 3 años en MI y UCE.

Resultados. Los resultados aparecen en la tabla adjunta. Los GRD se describen a continuación. GRD 541: Trast. Resp. Exc. Infec. Bronq. Asma con CC mayor. GRD 127: Insuficiencia cardíaca y Shock. GRD 321: Infec. Del riñón y tracto urinario sin CC. GRD 88: Enf. Pulmonar obstructiva crónica.

Discusión. Existe una marcada diferencia en la estancia media de los GRD de ambos grupos de pacientes sin una diferencia significativa en la edad ni en el sexo. Aunque pueden existir diferencias en la severidad de los procesos o en la comorbilidad de ambas poblaciones, no percibidas con la metodología aplicada, la diferencia en estancia es mayor de lo que cabría esperar.

Conclusiones. La aplicación de una sistemática específica de trabajo durante el ingreso hace que los resultados asistenciales de algunas

patologías se modifiquen sustancialmente con respecto a los de Medicina Interna convencional sin menoscabo aparente de la calidad de la asistencial.

Comparación de manejo de GRD entre UCE y MI convencional.

| GRD | N (%) | UCE | | N (%) | MI convencional | |
|---------|------------|-----------|-------------|-------------|-----------------|-------------|
| | | EM (DE) | Edad (DE) | | EM (DE) | Edad (DE) |
| GRD 541 | 260 (12,9) | 4,1 (1,4) | 71,3 (12,3) | 1060 (12,1) | 73,1 (13,9) | 11,3 (8,5) |
| GRD127 | 178 (8,8) | 3,9 (1,2) | 76 (10,1) | 463 (5,3) | 8,6 (5,6) | 76,5 (11,0) |
| GRD 321 | 142 (7) | 3,1 (1,1) | 44 (19) | 79 (0,9) | 7,5 (4,8) | 62,0 (23,3) |
| GRD 88 | 91 (4,5) | 4,2 (1,3) | 72 (11,1) | 183 (2,1) | 11 (6,9) | 72,4 (10,8) |

G-023
PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE). DATOS ASISTENCIALES

P. Rondón Fernández¹, J. Marco Martínez², S. Plaza Canteli¹, R. Torres Perea¹, R. Rodríguez Rosado¹ y J. Ruiz Capillas¹

¹Medicina Interna. Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

²Medicina Interna. Clínico de San Carlos. Madrid.

Objetivos. Desde el año 2000, contamos en el hospital con una UCE que depende funcionalmente del S^a. de Medicina Interna. El objetivo es la atención a pacientes con patologías diversas pero que su estancia hospitalaria no supere los 5 días. Exponemos a continuación la patología más frecuente atendida en la unidad así como los datos asistenciales.

Material y métodos. Utilizamos una base de datos en la que se registran los datos de filiación, diagnóstico, estancias, tipo de alta y si el paciente fracasa o no en ese tipo de atención durante un período de 3 años.

Resultados. (tabla). La estancia media se refleja en días. La edad media en años. DE = Desviación estándar. ICC = I. cardiaca. EPOC = Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. PNA = pielonefritis aguda. GEA = gastroenteritis aguda. TVP = Trombosis venosa profunda. HDA = Hemorragia digestiva alta. ITU = Infección del tracto urinario.

Discusión. El% de fracasos de algunas patologías se debe a la presencia de comorbilidad importante, en otros casos podría relacionarse con la edad.

Conclusiones. El case mix es similar a MI, si bien los pacientes pueden ser menos complejos, o con menor comorbilidad. La variabilidad de diagnósticos es menor en la UCE ya que estas unidades deben centrarse en patología muy prevalentes y con un manejo muy estandarizado y homogéneo.

Patologías atendidas en UCE durante un período de tres años.

| Diagnósticos | Casos (%) | Est. med. (DE) | Edad (DE) | Fracasos (%) | Edad frac. (DE) |
|------------------|-------------|----------------|-------------|--------------|-----------------|
| ICC | 383 (11,7) | 4,1 (1,3) | 75,9 (10,9) | 91 (23,7) | 75,8 (10,4) |
| EPOC | 376 (11,6) | 4,2 (1,4) | 71,8 (10,4) | 101 (26,8) | 71,5 (11) |
| Neumonía | 240 (7,3) | 3,9 (1,4) | 61,2 (20,7) | 61 (25,4) | 65,9 (20) |
| Asma | 236 (7,2) | 3,8 (1,3) | 55 (19,4) | 44 (18,6) | 64,7 (17,7) |
| Inf. resp. | 225 (6,9) | 3,9 (1,3) | 73,8 (14,7) | 49 (21,7) | 76,5 (11,4) |
| PNA | 222 (6,8) | 3,2 (1,1) | 42,3 (18,6) | 15 (6,7) | 57,8 (24,3) |
| GEA | 165 (5) | 3,9 (1,2) | 51,5 (21,4) | 16 (9,6) | 67,1 (21,8) |
| TVP | 163 (5) | 4,9 (1,1) | 54,3 (16,4) | 39 (23,9) | 65,5 (13,2) |
| HDA | 147 (4,5) | 3,4 (1,3) | 57,8 (18,9) | 26 (17,6) | 65,5 (19,9) |
| Pruebas | 113 (3,9) | 1,95 (1,2) | 51 (12,1) | 6 (5,3) | 65,9 (11,9) |
| Dolor torácico | 99 (3,0) | 3,3 (1,6) | 54,8 (12,4) | 14 (14,1) | 52,4 (14,7) |
| ITU | 78 (2,3) | 3,6 (1,4) | 66,6 (21,5) | 14 (17,9) | 78,6 (11,9) |
| Meningitis viral | 58 (1,7) | 2,7 (1,3) | 32,3 (14) | 7 (12) | 51,3 (18,7) |
| Otros | 704 (18,4) | 3,3 (1,6) | 60 (21) | 241 (34,3) | 65,8 (18,1) |
| TOTAL | 3.253 (100) | 3,8 (1,5) | 62,8 (19,8) | 736 (100) | 68,8 (17) |

G-024
PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DENTRO DE UN SERVICIO DE M. INTERNA
S. Plaza Canteli, P. Rondón Fernández, G. Flox, F. Gil, R. Rodríguez Rosado, C. Romero, M. Arranz García y V. Vázquez Ramos

Medicina Interna. Unidad de Cuidados Paliativos. Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Objetivos. Desde el año 2002, contamos en nuestro hospital con una Unidad de hospitalización de cuidados paliativos que dispone en la actualidad de 6 camas para la atención de enfermos en situación terminal. Depende funcionalmente del servicio de Medicina Interna. El objetivo es la atención a pacientes con enfermedad terminal para control de síntomas, atención en la agonía y claudicación familiar hasta agilizar su traslado a unidades de media/larga estancia.

Material y métodos. Se ha utilizado una base de datos propia de la unidad en la que se registran los datos de filiación, el diagnóstico, las estancias, el tipo de alta así como diversos datos de su manejo. Se ha estudiado un período que abarca desde febrero del año 2002 a julio del 2005.

Resultados. En la tabla 1 se refleja la evolución de las altas de la Unidad. De las 648 altas el 62% fueron hombres (402). La mayoría de las patologías atendidas son oncológicas 609 (93%), de las cuales las más prevalentes son el cáncer de colon (18%), de pulmón (15,7%) y el gástrico (11,3%). Entre las patologías no oncológicas la más frecuentemente atendida fue la demencia senil con sus complicaciones (46,1%) la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (15,3%) y el accidente cerebro vascular (10%) El 44% de las altas fueron a domicilio y el 44% fallecieron en la unidad. Un 10,5% de los pacientes fueron trasladados a unidades de cuidados paliativos de larga estancia. La sintomatología que motivó el ingreso más frecuentemente fue el dolor en sus diversos tipos: 214 pacientes (33,2%). La disnea en un 20%. Los síntomas digestivos un 13% y los síntomas neurológicos como el síndrome confusional, agitación o parestias en un 7%.

Discusión. La medicina interna, por su enfoque pluridisciplinar, es la especialidad más capacitada para el cuidado del paciente en situación Terminal que requiere terapias paliativas, tanto si es oncológico como de otra causa. Este tipo de unidades permiten la atención de pacientes terminales en ausencia de dispositivos más complejos con poco gasto y sin recurrir a un incremento de los recursos.

Conclusiones. El número de pacientes de este tipo atendidos en un servicio de MI justifica la creación de este tipo de unidades. El internista está capacitado para liderarlas como parte de una política de extensión de esta filosofía al resto del centro.

Tabla 1. Evolución de altas.

| Año | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Total |
|---------------------|-------|-------|------|-------|-------|
| Pacientes atendidos | 88 | 167 | 234 | 159 | 648 |
| Estancia media | 8,29 | 9,64 | 8,84 | 10,29 | 9,33 |
| Edad media | 67,99 | 65,57 | 66,2 | 69,61 | 67,12 |

G-025
PARÁMETROS DE ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE)

J. Jurdado Ruiz Capillas¹, J. Marco Martínez², S. Plaza Canteli¹, P. Rondón Fernández¹, M. Márquez Salas¹ y R. Torres Perea¹

¹Medicina Interna. Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

²Medicina Interna. Clínico de San Carlos. Madrid.

Objetivos. Las UCE surgen bajo el concepto de nuevas modalidades alternativas de hospitalización en un intento de optimizar los recursos sanitarios existentes, sin disminuir la calidad asistencial y acortando el período de distorsión de la unidad familiar que acarrea el ingreso.

Material y métodos. Los datos se recogen de una base de datos local en la que se registran los datos de filiación, el diagnóstico, las estancias, el tipo de alta y si el paciente fracasa o no en ese tipo de

atención. Definimos fracaso como aquellos pacientes que precisan más de 5 días de estancia en la Unidad.

Resultados. Los resultados asistenciales de nuestra actividad se pueden ver en las tablas 1 y 2. La unidad está compuesta por 16 camas.

Discusión. La estancia media esta por debajo del propio objetivo de la Unidad. La mayoría de las altas son a domicilio. LLama la atención la baja mortalidad, quizá por la selección de las patologías y la edad que está discretamente por debajo de la sel Sº de MI. Los pacientes que fracasan son trasladados en su mayoría a MI convencional. El porcentaje de pacientes que fracasan bajo esta modalidad (traslados a otros servicios incluido medicina interna convencional o estancia superior a 5 días) es similar al reportado por otras unidades de similares características. Se alcanzan por el momento los objetivos asistenciales definidos al inicio de nuestra actividad.

Conclusiones. Puede afirmarse que la aplicación de una sistemática específica de trabajo durante el ingreso y la existencia de una consulta post-hospitalización con cortos tiempos de espera modifican sustancialmente la estancia de algunos pacientes sin menoscabo aparente de la calidad de la asistencia.

Tabla 1. Resultados asistenciales. Enero 2000-Diciembre 2002.

| | |
|-----------------------------|--------|
| Estancias | 12.151 |
| Altas | 3.253 |
| Estancia media | 3,7 |
| Edad media | 62,8 |
| % de ocupación | 70 |
| Índice de rotación de camas | 5,6 |

Tabla 2: Altas de la Unidad.

| Altas | Pacientes (%) |
|--------------------|---------------|
| Domicilio | 2.722 (83,6%) |
| Traslado servicio | 475 (14,6) |
| Éxitus | 28 (08) |
| Traslado de centro | 23 (07) |

G-026 HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) Y MEDICINA INTERNA (MI). PERFIL DEL PACIENTE DERIVADO. ESTUDIO DE 5 AÑOS

J. Carrera Macazaga, M. Goenaga Sánchez, M. Millet Sampedro, C. Garde Orbáiz, E. Arzelus Aramendi, A. Cuende Garcés y M. Goienetxe del Río

Hospitalización a Domicilio. Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa.

Objetivos. Describir el perfil del paciente derivado a HAD desde el servicio de MI de un Hospital terciario.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo del registro de pacientes ingresados en HAD del Hospital Donostia, durante los 5 últimos años (6/2000-6/2005). se ha utilizado una base de datos en Access y para describir los datos una hoja de cálculo Excel.

Resultados. En el período estudiado fueron atendidos en HAD un total de 3438 pacientes, con una media de edad de 61 años (rango 5-99 años). La estancia media fue de 14,1 días (rango 0-260 días). De estos pacientes 325 fueron derivados desde el servicio de MI (9,4%). Por años el número de pacientes derivado ha sido: 21,51,36,56,101 y 60, La media de edad de estos pacientes fue de 72,4 años. La estancia media fue de 15,4 días (rango 0-146 días). Los motivos para derivar al paciente desde MI fueron: 1) Control clínico en 102 pacientes (31,3%). Principalmente en patologías crónicas: ICC (39 casos), Broncopatía crónica (20 casos), polipatología (20 casos), y en menor número hepatopatía crónica, insuficiencia renal crónica y demencia. En 7 casos fue por TVP. 2) Procedimientos y técnicas en el domicilio en 200 pacientes (61,5%): administración de antibióticos parenterales (162 casos), curas (26 casos), y en menor número, transfusiones sanguíneas, paracentesis evacuadoras y controles analíticos. 3) Cuidados paliativos en 12 pacientes (3,7%). 4)Otros en 11 pacientes (3,4%) : portadores SAMR, valora-

ciones. Con respecto al número total de altas de MI, los pacientes derivados con HAD han supuesto desde el año 2002 el 0,9%, 1,4%, 2,4% y 2,5% de las altas. El destino al alta de HAD fue: continuidad de cuidados por el centro de Salud 62,2%, alta definitiva 14,7%, reingreso no programado 13,7%, éxitus en domicilio 6,25%, reingreso programado 2% y otros 1,2%.

Conclusiones. 1) El 9,4% de los pacientes vistos en nuestra unidad de HAD son derivados desde el servicio de MI. El número de pacientes derivados ha ido aumentando en los últimos años, aunque supone una baja proporción del total de altas de MI. 2) Aunque la edad media de los pacientes es mayor, su estancia media es similar a la del resto de los pacientes. 3) Los pacientes son remitidos principalmente para administrar antibióticos parenterales o para controlar procesos cardiorrespiratorios crónicos descompensados. 4) La mayoría de los pacientes son dados de alta para seguir control por parte de su Equipo de Atención Primaria.

G-028 VALORACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Carpio Pérez¹, M. Alonso Sardón², V. Méndez Martín³, M. Belhassen García¹, L. Fuentes Pardo¹, A. López Bernús¹, A. Iglesias Gómez¹ y J. Pardo Lledías¹

¹Medicina Interna III. Universitario. Salamanca. ²Medicina

Preventiva y Salud Pública. Universidad. Salamanca.

³Urgencias. Virgen del Castañar. Béjar, Salamanca.

Objetivos. Estimar la adecuación/inadecuación de los ingresos en el Servicio de Urgencias (SU) de un Hospital de Referencia de Área.

Material y métodos. Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1068) de historias clínicas recogidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003. Instrumento de medida: PAUH (Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias).

Resultados. El 71,7% (766) de los usuarios de un SU Hospitalario acuden «motu proprio», motivo rapidez y comodidad. El Motivo de consulta en el 75,2% (804) es un problema agudo y en el 11,6% (124) la reagudización de un proceso crónico, principalmente dolor (31,3%) y traumatismos/accidentes (23,5%). Inicio de los síntomas, en el 53,7% (573), horas antes. El 30,3% (324) de la muestra no presenta antecedentes patológicos de interés. El 87,4% (933) no presenta constantes vitales alteradas. Tampoco se realiza prueba diagnóstica en el 29,4% (314), ni prueba patológica en el 56,9% (608). En el 58,7% (627) no se instaura tratamiento en el Servicio de Urgencias. Más de la mitad (59,3%) de las urgencias son atendidas por un MIR-I, solo 26,9% (287) o supervisado por un superior 32,4% (346), principalmente un especialista de Medicina Interna, seguido de Ginecología y Traumatología. El 79,7% (851) de las urgencias son atendidas en el Hospital Clínico Universitario, siendo el lugar de atención preferente los consultorios 53,6% (573). En cuanto al horario el 41% (438) son atendidas por la tarde, 39,5% (422) por la mañana y 19% (203) por la noche, siendo las franjas horarias más concurridas 8-12 h (20,7%), 15-18 h (19,8%), 12-15 h (16,4%) y 18-20 h (11,8%). Las diferencias entre días de la semana son mínimas, lunes-164, jueves-163 y martes y miércoles-154. Igualmente, las diferencias entre meses son pequeñas, Agosto-104, Mayo-103 y Julio-100, El destino es el alta 82,1% (877), siendo el diagnóstico al alta en el 90% (961) de los casos un diagnóstico CIE, sobre todo, traumatismos. La adecuación de la visita, según PAUH, resultó ser apropiada en el 70,8% (756) de la muestra e inapropiada en el 28,2% (301). Cumplían un solo criterio 283 pacientes (26,5%) y más de uno 458 (42,9%), principalmente radiografía de tórax y analítica básica. El criterio PAUH: intensidad diagnóstica, con el 65,2% (696), resultó ser el más importante.

Conclusiones. El PAUH resulta sencillo y objetivo para valorar la adecuación/inadecuación de los ingresos en los SU. Bibliografía: Azpiazu JL. Los frecuentadores de los Servicios de Urgencias. Med Clin (Barc). 1997;108:737-8. García Páez JM. El hospital, una organización sanitaria, competitiva y eficaz. Med Clin (Barc). 1992;99:502-4. Grupo de Trabajo Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Aten Primaria 2000;25:350-63. Lorenzo S. Métodos de revisión de utilización de recursos: limitaciones. Med Clin (Barc). 1996;107:22-25. Varo J. Propuestas de un modelo de calidad para

la atención hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1996;107:182-4. Peiró S, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996;107:124-9. Mirón Canelo JA, Orosco Pedemonte JA, Alonso Sardón M, Sáenz González MC. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un Hospital comarcal. *Rev Clin Esp* 2000; 200:654-658. Mirón Canelo JA, Orosco Pedemonte JA, Alonso Sardón M, Sáenz González MC. Utilización del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) en la evaluación del sobreuso de la hospitalización. *Rev Clin Esp.* 2002;202(5):298-302.

G-029

LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M. Alonso Sardón², A. Carpio Pérez¹, V. Méndez Martín³, L. Fuentes Pardo¹, M. Belhassen García¹, J. Pardo Lledías¹, A. Iglesias Gómez¹ y A. López Bernús¹

¹Medicina Interna III. Universitario. Salamanca. ²Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad. Salamanca.

³Urgencias. Virgen del Castañar. Béjar, Salamanca.

Objetivos. El objetivo es conocer las características clínicas, epidemiológicas y demográficas de los usuarios del Servicio de Urgencias (SU) de un Hospital de Referencia de Área.

Material y métodos. Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1068) de historias clínicas recogidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003.

Resultados. De las 1068 historias clínicas revisadas, 48,2% (515) corresponden a hombres y 51,8% (553) a mujeres. Edad media 48,21 años (D.T.: 22,56). Rango: 13-99 años. El tramo de edad con mayor representación ha resultado el de 19 a 25 años (15,4%), seguido de 36 a 45 años (14,3%) y 66 a 75 años (14%). La población mayor de 85 años representa un 4,8%. Destacar la falta de datos sociodemográficos en las historias clínicas referentes a situación familiar, laboral, ocupación, nivel de instrucción, etc. Así como lo referente a la forma de acceso al SU, en el 90,9% (971) de los casos se desconoce cómo han llegado al SU. Más de la mitad, 53,5% (571), proceden de la propia ciudad de Salamanca, el 46,3% de la provincia y sólo el 6,2% de otras provincias. El 69,3% de los pacientes que han acudido al SU tienen un PAC (Punto de Atención Continuada) en su misma localidad de residencia. El 71,7% (766) de los pacientes acuden al SU por «motu proprio». El motivo es la rapidez y la comodidad. Destacar que el 5,2% de las asistencias en urgencias son debidas a accidentes de tráfico o laborales. En cuanto al motivo de consulta, el 75,2% (804) se trata de un problema agudo y el 11,6% (124) de la reagudización de un problema crónico, principalmente dolor y traumatismos/accidentes. El inicio de los síntomas se sitúa, en el 53,7% (573) de los casos, horas antes. El 30,3% (324) de la muestra no presenta antecedentes patológicos de interés. El 57,8% (617) no reconoce hábitos tóxicos. El 87,4% (933) de los pacientes no presenta constantes vitales alteradas. Tampoco se realiza prueba diagnóstica alguna en el 29,4% (314), ni prueba patológica en el 56,9% (608). En el 58,7% (627) de los casos no se instaura tratamiento en el SU. El 82,1% (877) de los pacientes que acuden al SU son dados de alta, siendo en el 90% (961) de los casos el diagnóstico principal al alta un diagnóstico CIE, sobre todo, traumatismos y envenenamientos.

Conclusiones. Destacar la falta de cumplimentación de las historias clínicas, fundamentalmente de datos sociodemográficos, que podrían ayudar a describir el perfil de los usuarios de un SU. Bibliografía: Azpiazu JL. Los frecuentadores de los Servicios de Urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997;108:737-8. García Páez JM. El hospital, una organización sanitaria, competitiva y eficaz. *Med Clin (Barc)* 1992;99:502-504. Grupo de Trabajo Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000;25:350-363. Lorenzo S. Métodos de revisión de utilización de recursos: limitaciones. *Med Clin (Barc)* 1996;107:22-25. Varo J. Propuestas de un modelo de calidad para la atención hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1996;107:182-184. Ollero M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2001;116:655-657. Peiró S, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996;107:124-129, Ro-

dríguez Vera FJ, Alcoucer Díaz MR, Rodríguez Gómez FJ, Camacho Martínez T, Colchero Fernández J, Pujol de la Llave E. Adecuación de los ingresos en un servicio de Medicina Interna en un hospital de segundo nivel. *An Med Interna* 1999;16(6):277-280, Ochoa Gómez J, Villar Arias A, Ramalle Gómara E, Carpintero Escudero JM, Bragado Blas L, Ruiz Aspiazú JI. Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes. *An Med Interna* 2002;19(9):446-448.

G-030

EFICACIA DE UN SISTEMA DE CONSULTAS DE ACTO ÚNICO EN PACIENTES AQUEJADOS DE CEFALEA

M. Adarraga Cansino, J. Zambrana García, M. Velasco Malagón, F. Gavilán Guirao y L. Martínez Luque

Medicina Interna. Hospital de Montilla. Córdoba.

Objetivos. Nuestro hospital dispone de la posibilidad de realizar todas las pruebas complementarias habituales a nuestros pacientes en la misma jornada en que se produce la primera visita a consultas externas. El objetivo de nuestro estudio es valorar la repercusión de este sistema de consultas en acto único sobre aquellos pacientes atendidos por cefalea en nuestra consulta de medicina interna.

Material y métodos. Estudio observacional/descriptivo en el que incluimos a todos los pacientes atendidos en nuestra consulta externa de medicina interna entre los meses de Noviembre de 2004 a Agosto de 2005 cuyo diagnóstico final fue de cefalea y/o migraña.

Resultados. De un total de 1251 pacientes atendidos 206 (16,5%) fueron diagnosticados de cefalea y/o migraña. Un 68% (70) eran mujeres. La edad media fue de 42 ± 18. El diagnóstico final se distribuía de la siguiente forma: 31,4% (33) migrañas, 40%, (42) cefalea tensional, 20% (21) cefaleas inespecífica, 4 (4%) cefalea en racimos 4% y 4% (4) cefalea mixta. El 61% de los enfermos procedían de atención primaria y en un 50% se realizó además de la primera visita, prueba complementaria (fundamentalmente TC craneal) y revisión en el día tras dicha prueba para valorar los resultados. Ello permitió que en el 68% de los pacientes fueran dados de alta en nuestra consulta el mismo día y que un 4% se derivaran a nuestro hospital de referencia. En cuanto a los tratamientos pautados, al 55% de los pacientes se les prescribieron AINES, al 19% triptanos y al 8% paracetamol Como tratamiento profiláctico los antagonistas del calcio fueron los más empleados, indicándosele en el 11% de los pacientes.

Conclusiones. El sistema de consultas en acto único permite alcanzar un diagnóstico y pautar tratamiento adecuados de forma precoz en pacientes aquejados de cefalea. Su puesta en marcha no requiere inversiones adicionales y sí una reorganización efectiva de los medios disponibles.

G-031

ANÁLISIS ASISTENCIAL DE LOS INGRESOS DE LARGA DURACIÓN ATENDIDOS POR UN INTERNISTA ENTRE 1992 Y 2004

J. Menéndez Caro, R. Gómez de la Torre, M. Tuya Morán, M. Sánchez Cembellín, I. Carrio Montes e I. López Lagunas

Medicina Interna. San Agustín. Avilés, Asturias.

Objetivos. Conocer las características asistenciales de los ingresos de larga duración atendidos personalmente por un internista.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo de todos los ingresos atendidos entre los años 1992 y 2004. Se define como ingreso de larga duración (ILD) aquel igual o superior a 30 días. Se comparan éstos con el total de ingresos (IT).

Resultados. En estos 13 años el internista analizado ha atendido 4911 ingresos, de ellos 133 (2,7%) han sido de larga duración. El porcentaje de ILD ha oscilado en los diferentes años entre el 1,06% y 5,16%. y han supuesto el 11,1% de las estancias totales. La estancia media de los mismos ha sido de 40,7 días (30-101). La comparación entre los ILD y los IT ha puesto de manifiesto diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,001$) en todos los aspectos asistenciales analizados: los IDL son pacientes más jóvenes (edad media 64,1 años frente a 69,8), con predominio del sexo masculino 60,1% (en los IT 50% de cada sexo), han generado más interconsultas (41,3% frente 17,6%), el índice de éxitus ha sido mayor (15% frente a 8,4%), han sido remitidos al alta con mayor frecuencia a un

hospital de larga-media estancia (23% frente a 10,8%) y se han revisado más en consultas externas (58,4% frente a 26,7%). En el análisis de la patología que determinó el ILD se destaca: A) Motivo de consulta: fiebre 42,1%, disnea 10,5%, dolor abdominal 7,5%, síndrome general 5,2% síntomas neurológicos 4,5% y resto < 4%. B) Diagnóstico principal: patología infecciosa 50,9% (infección piógena localizada 19,5%, SIDA 16,5%, sepsis sin foco 9,7%, tuberculosis 5,2%), enfermedad neoplásica 9,7%, Insuficiencia cardíaca 5,2%, desconocido 13,5%, resto < 5%. Con independencia del diagnóstico principal 94 pacientes (70,6%) presentaron durante el ingreso de forma simultánea o sucesiva 2 o más cuadros agudos. Además 23 pacientes (17,2%) tenían de base un deterioro neurológico severo (demencia, etc.).

G-032
EXPERIENCIA SOBRE LA CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN UN CENTRO DE SALUD

M. Baghdoyan Agopián, C. Serrano Fernández, H. Gómez Gómez, M. Priego Valladares, M. Serrano Mateo y L. de Teresa Parreño

Medicina Interna. San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Material y métodos. Se inició un estudio piloto con la colaboración de dos centros de salud y el servicio de medicina interna de nuestro hospital consistente en la creación de una consulta de medicina interna dentro del horario habitual de dos centros de salud. Participaron tres médicos del servicio que se desplazaban un día a la semana a dos centros de salud para atender pacientes citados por los médicos de atención primaria por diferentes motivos. Las citas se realizaban desde el propio centro de salud y a criterio de los médicos de AP. El horario fue de 3 horas de consulta y los pacientes se citaban cada 30 minutos. Se recogió datos de filiación, número de pacientes y resultados tras la evaluación, así como derivaciones realizadas, seguimiento y remisiones para ingreso.

Resultados. Se lograron recopilar 146 pacientes: 64 de ellos fueron remitidos a consulta de medicina interna de nuestro centro por dificultad para la realización de determinadas pruebas complementarias. 29 se resolvieron en la misma consulta. Se gestionaron 16 ingresos hospitalarios y se remitieron a otras especialidades diferentes de medicina interna: 28 pacientes. De los ingresados, al alta se obtuvieron los siguientes diagnósticos: patología tiroidea 2; Síndrome constitucional 2; ACVA 1; Gastroparesia diabética 1; Síndrome depresivo 1; Cardiopatía isquémica 4; Artritis reumatoide 1; problemas digestivos 2; De los derivados a otras especialidades: 9 a reumatología; 4 a endocrinología; 3 a Unidad del dolor; 4 a Neurología; 2 a cirugía torácica; 2 a alergía; 1 a psiquiatría; 1 a Hematología; 1 a ORL; 1 a Urología.

Discusión. No es la primera vez que se realiza una experiencia de este tipo en nuestro país y casi siempre es por iniciativa de los interesados. La medicina interna es una especialidad hospitalaria que comparte con atención primaria su visión generalista. La medicina interna, por tanto, es el colectivo mejor posicionado para servir de nexo de unión con atención primaria. En iniciativas de este tipo se pretende mejorar la comunicación entre la asistencia primaria y la hospitalizada sobre todo para optimizar recursos y evitar la dispersión y la fragmentación de pacientes en diferentes especialidades. Además se trata de acercar, de forma real, la cartera de servicios de un hospital a los centros de salud de referencia. En el caso que nos ocupa, la satisfacción en general (tanto de los profesionales como de los pacientes) fue alta. Los pacientes acudían, en su propio centro de salud, a la consulta de un especialista que les iba a dedicar el suficiente tiempo y que era capaz de identificar su problema de una manera global. El problema principal que observamos fue la necesidad de remitir a los pacientes a la consulta externa de medicina interna de nuestro hospital debido a la dificultad para gestionar pruebas complementarias diagnósticas. Este tipo de iniciativas debería contar con el visto bueno y apoyo de las administraciones puesto que se podría realizar un considerable ahorro económico además de aumentar la satisfacción de los pacientes que no se verían obligados a «peregrinar» por diferentes especialistas y ser sometidos a diferentes pruebas complementarias y tener «historiales clínicos» abiertos en cada centro.

Conclusiones. A la mayoría de los pacientes se les pudo solucionar su problema en el mismo centro de salud o bien con el complemento de las visitas en consulta de medicina interna. Los pacientes remiti-

dos para ingreso no tuvieron que esperar en urgencias y lo hicieron de forma directa con una cama previamente reservada y con las anotaciones del mismo profesional que posteriormente lo iba a visitar durante su hospitalización. De los 146 pacientes evaluados, 28 tuvieron que ser remitidos a otras consultas diferentes porque sus problemas trascendían del ámbito de la medicina interna. La interrelación entre primaria y especializada debería ser gestionada principalmente por los servicios de medicina interna de los centros hospitalarios en consonancia con los centros de salud correspondientes. La llegada próxima de una historia clínica única informatizada y compartida por ambas especialidades podría servir de apoyo. Asimismo, las administraciones deberían potenciar este tipo de relación.

G-033
CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LAS AUTOPSIAS EFECTUADAS EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

M. Sánchez Cembellín¹, J. Pinto Blázquez², C. Ramas Díez¹, C. Quintana López¹ y C. Calvo Rodríguez¹

¹Medicina Interna, ²Anatomía Patológica. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias.

Objetivos. Dado el reducido número de necropsias realizadas que venía siendo habitual en nuestro Centro, (inferior al 1%), siendo éste un hospital de segundo nivel con 334 camas de hospitalización, la Comisión de Mortalidad se planteó como objetivo primordial mejorar dicha cifra y analizar la correlación clínico-patológica de las efectuadas, para mejorar el proceso diagnóstico, identificar los diagnósticos no sospechados clínicamente y conocer la tasa de discordancias mayores en los diagnósticos de éxitus efectuados.

Material y métodos. Se siguió la clasificación de Goldman, que analiza en diagnósticos primarios, discrepancias mayores tipo I (el diagnóstico correcto podría haber prolongado la supervivencia del paciente) y tipo II (no la hubiera modificado). En diagnósticos secundarios, los no directamente relacionados con la causa de la muerte, discrepancias menores, (tipo III y tipo IV) y no discrepancia (tipo V).

Resultados. Durante los últimos 30 meses el porcentaje de autopsias efectuadas fue respectivamente 3,1%, 1,96% y 2,55% en los años 2003, 2004 y 1º semestre 2005. La mortalidad potencialmente evitable fue 0. La correlación anatomo-clínica de las necropsias en el 2003 fue 52,94% sin discrepancias (tipo v), 29% discrepancias mayores (tipo I+II), 18% discrepancias menores. En el año 2004, el 77,77% de las efectuadas no presentó discrepancias y el 22,22% hubo discrepancias mayores (I+II). En el primer semestre 2005, existió no discrepancia en el 55,6% y discrepancias mayores tipo I en el 11,1%. En relación con los diagnósticos evidenciados en las causas de discrepancia mayor fueron por orden de prevalencia: patología infecciosa, neoplasias, causa cardiovascular y enfermedad neurológica.

Conclusiones. El porcentaje de errores diagnósticos tipo I, en enfermedad fundamental está dentro de lo esperable según los datos revisados en la literatura, que reflejan cifras hasta el 305. También se observa que cuantas más autopsias completas se realizan, más diagnósticos inesperados o no sospechados aparecen y menos errores existen.

Discrepancias y evidencias.

| | | | | | |
|---------|--------|---------|----------|---------|--------|
| 2003 | 23,52% | 5,88% | 5,88% | 11,76% | 52,94% |
| 2004 | 0 | 22,22% | 0 | 0 | 77,77% |
| 2005* | 11,1% | 33,3% | 0 | 0 | 5,6% |
| Errores | TIPO I | TIPO II | TIPO III | TIPO IV | TIPO V |

G-034
CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE MURCIA

M. Rivera García, R. Pérez Luján, B. García Pérez y M. Molina Boix

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Corta Estancia. Hospital Virgen Arrixaca. El Palmar, Murcia.

Objetivos. Nos planteamos evaluar la actividad asistencial de 5 años en la unidad de corta estancia (UCE) en el hospital Arrixaca. Los

objetivos marcados al inicio de su creación fueron 3 días de estancia media con un 60% de altas a domicilio, una tasa de reingresos al mes inferior al 10% y una ocupación media superior a dos tercios del total.

Material y métodos. Hemos recogido los datos pertenecientes a los años 2000-2004, de un total de 8701 pacientes ingresados en nuestra unidad, con 18 camas y donde trabajan tres internistas a tiempo completo en jornada de mañana, con tres consultas por semana y un médico de guardia. Los criterios de selección del paciente son semejantes al de otras unidades de corta estancia.

Resultados. El total de pacientes vistos a lo largo de 5 años fue 8701 y mayores de 60 años el 55%. Fueron altas a domicilio el 84%, a unidad de hospitalización a domicilio el 7.1% e ingresados a otras especialidades médico-quirúrgicas el 8.2%. Los diagnósticos (GRD) más frecuentes coinciden con los publicados en otras series, siendo los procesos respiratorios (EPOC, bronquitis aguda y asma) los más frecuentes con un 36% del total; seguido de infecciones renales y del tracto urinario con un 22% y en tercer lugar patología digestiva con un 18%. La estancia media global fue 2.60 días.

Discusión. Casi la totalidad de las unidades de corta estancia están formadas dentro del servicio de medicina interna y cuentan con el apoyo de urgencias desde donde ingresan la mayoría de pacientes. Es imprescindible asegurar que determinadas exploraciones diagnóstico-terapéuticas se realicen con criterios de corta estancia, cabe destacar la ecografía abdominal y la ecocardiografía por la alta rentabilidad para nuestros pacientes. En cuanto a la selección de pacientes nos encontramos con las mismas dificultades que reflejan otros autores, debido a que los procesos atendidos en las UCE no están bien sistematizados. Las recomendaciones generales para el ingreso de pacientes en la UCE son que se trate de procesos agudos o crónicos reagudizados, con diagnóstico conocido o que requieran mínimas exploraciones complementarias, pacientes sin problemas socio familiares, sin deterioro funcional previo y con apoyo familiar estable. La asistencia continuada mediante un médico de presencia física garantiza la adecuada selección y manejo inicial del paciente. Para que las altas hospitalarias se puedan agilizar con mayor garantía para paciente y médico, se requiere la revisión de forma ambulatoria en un corto período de tiempo.

Conclusiones. La unidad de corta estancia es una alternativa a la hospitalización convencional muy rentable tanto para la gestión hospitalaria como para el paciente. A lo largo de los 5 años de trabajo hemos mantenido buenos resultados en todos los indicadores medidos. El responsable y organizador de la unidad de corta estancia debe ser un internista con experiencia y debido al esfuerzo y desgaste que este tipo de unidades conlleva se debería realizar una rotación del personal médico.

Destino del alta hospitalaria.

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nº total de pacientes | 1.840 | 1.120 | 1.932 | 1.866 | 1.943 |
| Altas a domicilio | 1.480 | 914 | 1.660 | 1.619 | 1.670 |
| Altas a UHD | 137 | 98 | 103 | 119 | 162 |
| Ingresos convencionales | 198 | 94 | 161 | 125 | 144 |
| Traslados a otros centros | 16 | 11 | 3 | 0 | 7 |
| Éxitus | 9 | 3 | 5 | 3 | 3 |

G-035
DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN INFORMATIZADA DE LAS ALTAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE MEDICINA INTERNA
J. Marrero Francés, M. Núñez Orantos, M. Romero Sánchez, J. Satué Bartolomé y A. Zapatero Gaviria
 Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada.
 Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Desarrollar e implantar un sistema de codificación de las altas de los pacientes del área médica de urgencias integrado en el sistema informático del hospital. Análisis de los resultados de los dos primeros meses tras la implantación de la codificación.

Material y métodos. El Hospital de Fuenlabrada está situado en la zona sur de Madrid, fue inaugurado en Junio de 2004, tiene 300 camas y atiende a una área de población de doscientos quince mil habitantes. La historia clínica está informatizada en todas las áreas del hospital (Programa Selene de Siemens). El volumen de urgencias médicas de adultos es de 120 pacientes al día. Analizando retrospectivamente los diagnósticos al alta de los pacientes del área médica durante un mes, elaboramos una lista inicial de 88 diagnósticos, asignándoles el código correspondiente del C.I.E. 9. Este listado se ha integrado en el sistema informático, de manera que en el mismo paso se puede codificar el alta, hacer el informe y dar de alta al paciente. Analizamos los resultados de los dos primeros meses tras la implantación de la codificación.

Resultados. Se analizaron los datos de los dos primeros meses de codificación de los diagnósticos de pacientes que son dados de alta desde el Área Médica del Servicio de Urgencias. Durante este período se han codificado un total de 2486 pacientes. Los 20 diagnósticos más frecuentes incluyen el 61% de los diagnósticos codificados y fueron: dolor abdominal inespecífico (789,0) 198 pacientes (8%), gastroenteritis aguda (009,1) 195 pacientes (7.8%), infección urinaria (599,9) 103 pacientes (4.1%), cólico nefrítico (788) 89 pacientes (3.5%), cefalea (784) 86 pacientes (3.4%), urticaria (708,9) 79 pacientes (3.2%), crisis de ansiedad (300) 77 pacientes (3.1%), sin patología urgente objetivada (71,9) 77 pacientes (3.1%), dolor precordial no coronario 75 pacientes (5%), mareo (780,4) 71 pacientes (5%), dolor costal (786,5) 58 pacientes (2.3%), síncope (780,2) 58 pacientes (2.3%), amigdalitis aguda (463) 57 pacientes (2.3%), vértigo periférico (386,10) 44 pacientes (1.8%), dispepsia (536,8) 43 pacientes (1.8%), dolor osteomuscular difuso (780,9) 42 pacientes (1.7%), infección respiratoria de vías altas (465,9) 42 pacientes (1.7%), síndrome febril (780,6) 42 pacientes (1.7%), diarrea (787,91) 40 pacientes (1.6%) y odontalgia (525,9) 39 pacientes (1.4%).

Discusión. La historia clínica informatizada es una herramienta de indiscutible utilidad en los servicios hospitalarios. La utilización de los datos clínicos obtenidos a través de este sistema tiene grandes implicaciones tanto en la gestión como en la investigación. Sin embargo, para que dichos datos sean rentables es necesario un sistema de codificación informática, que permita de manera fácil y en tiempo real conocer la incidencia de las distintas patologías para la posterior explotación clínica de los datos. La codificación de los diagnósticos de alta de los pacientes hospitalizados está generalizada a través del C.M.B.D., a diferencia de lo que ocurre en las áreas de urgencias debido probablemente a la sobrecarga asistencial de las mismas. En el caso de nuestro centro, completamente informatizado desde su apertura, la implantación de dicho sistema resultó sencilla y bien aceptada por el equipo de facultativos de la Urgencia. Esto es así, ya que no supone una sobrecarga de trabajo para los mismos, pues en el mismo acto el paciente es codificado al elaborar el informe de alta.

Conclusiones. 1) La codificación de las altas de los pacientes atendidos en Urgencias es fundamental para analizar correctamente la actividad para fines de Gestión e Investigación. 2) La codificación de los diagnósticos de alta debería generalizarse en los Servicios de Urgencias. 3) El desarrollo de un sistema ágil de codificación de los diagnósticos de alta de urgencias permitiría la generalización de su uso. 4) En los hospitales dotados de informatización de la historia clínica la implantación de sistemas de codificación de los diagnósticos resulta fácil y de cómoda utilización por parte de los facultativos.

G-037
VALORACIÓN DE LA UTILIZACIÓN ADECUADA DE LAS VISITAS A URGENCIAS DE UN HOSPITAL
E. Martorell Mateu, C. Fernández Gutiérrez, M. Puigserver Colom y B. Comas Díaz
 Unidad de Críticos. Son Llàtzer. Palma de Mallorca, Baleares.

Objetivos. El objetivo del estudio es analizar qué visitas de los pacientes al servicio de urgencias son consideradas inapropiadas, no precisando de una atención médica urgente hospitalaria, pudiendo ser atendidas en Atención Primaria (AP).

Material y métodos. Se seleccionaron las historias clínicas de los pacientes atendidos en Urgencias del hospital Son Llàtzer durante 24 horas (jueves de junio del 2005), excluyendo los que fueron deri-

vados desde triaje de enfermería a pediatría, ginecología-obstetricia y psiquiatría. Se recogieron datos de: edad, sexo, medio de transporte al hospital, motivo de consulta, prioridad, ubicación, destino al alta: AP, consulta especialista programada, consulta especialista urgente en el día, ingresos, traslado a otro centro hospitalario, nueva consulta a urgencias en < 72 horas por el mismo motivo, fuga y alta voluntaria. La prioridad de la urgencia se clasifica en cuatro grupos: I: emergencia o situación de riesgo vital que requiere atención inmediata. II: procesos agudos, críticos y/o inestables que requieren una atención inmediata (primeros 5-10 minutos) desde la recepción del paciente; III: procesos agudos, no críticos y estables que requieren una atención no inmediata (< 1 hora); y IV: patologías banales y sin gravedad, que podían haber sido resueltas en AP. La estructura física del servicio de urgencias, se divide en cuatro niveles de atención. El nivel 0: donde se realiza la atención de pacientes en situación de parada cardiorrespiratoria. El nivel 1: donde se realiza la atención de pacientes hemodinámicamente inestables o que precisan métodos diagnósticos o terapéuticos extraordinarios. Nivel 2: donde se atiende pacientes con una patología moderada; se realizan pruebas diagnósticas complementarias y se administra un tratamiento. Nivel 3: donde se atiende pacientes con patología leve, hemodinámicamente estable, que podrían haber sido atendidos en AP.

Resultados. De los 215 pacientes atendidos en urgencias el 52,55% fueron mujeres y el 47,44% varones. La edad media fue de 43,67 años. Un 83,72% (180) llegaron al hospital por sus propios medios, un 15,34% (33) en ambulancia y dos acompañados por la guardia civil. El 14,41% fueron derivados desde AP, un caso desde residencia geriátrica, y el resto 180 acudieron directamente al hospital. El motivo de consulta más frecuente fue la patología traumática (31,62%); el dolor abdominal (15,34%), patología oftálmica (11%), lesiones cutáneas (5,11%) y patología otorrinolaringológica (4,65%). Desde triaje de enfermería se priorizó y ubicó al 85,30% de los pacientes. De los 180 pacientes valorados en triaje, el 53,07% fueron considerados como prioridad III, el 40,22% prioridad IV y el resto (6,70%) prioridad II. En cuanto a la asignación a las distintas unidades de urgencias, un 69,66% (147 casos) fueron ubicados en el nivel III y el 30,33% en el nivel 2. Precisarón ingreso hospitalario 29 pacientes (13,48%), un 61,39% fueron remitidos al alta a AP y un 12,09% a consulta de especialista previa petición de cita. Precisarón consulta urgente por especialista en el mismo día un 13,02% de los pacientes, el mayor porcentaje fué para Traumatología. Un 5,58% de los pacientes (12 casos) fueron nuevamente atendidos en urgencias en menos de 72 horas por el mismo motivo, de los cuales 10 fueron vistos antes de 24h. Los pacientes no atendidos por «fuga» fueron 5,58%. Sólo uno solicitó alta voluntaria. Un 2,79% acudieron a urgencias por estar pendientes de consulta con especialista.

Discusión. Es obvia la preferencia personal del paciente de recibir atención médica en los servicios de urgencias hospitalarios comparados con los de Atención Primaria, hay varias razones a tener en cuenta como la mayor accesibilidad, atención médica inmediata y la posibilidad de realizar pruebas diagnósticas. Del total de 215 pacientes incluidos en el estudio, un 53,95% no precisaban una atención médica urgente hospitalaria, se podrían considerar como visitas inapropiadas o inadecuadas.

Conclusiones. Hay un alto porcentaje de uso inapropiado por los pacientes del servicio de urgencias, no precisando una atención médica inmediata.

**G-038
CONSULTA DE REVISIONES DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

A. Mata Martín¹, C. Escorial Moya¹, M. Romero Rivero¹, F. López Herrero², J. Fernández Rivera¹, Y. Marín Fernández¹, A. Ramos Guerrero¹ y A. Fernández Moyano¹

¹Servicio de Medicina, ²Servicio de Urgencias. Hospital San Juan de Dios. Bormujos, Sevilla.

Objetivos. Analizar los resultados de la actividad llevada a cabo en una consulta monográfica de Revisiones de Urgencias. Estableciendo los tiempos de demora entre el episodio en urgencias y la atención en consulta y analizar los motivos de derivación más frecuentes, así como de la adecuación de la derivación.

Material y métodos. Del nº total de pacientes atendidos en la C. de Revisión de Urgencias de M. Interna, Cardiología, Neumología y Digestivo, en el 1º cuatrimestre de 2005, se selecciona aleatoriamente el 25% del total. Recogemos de cada especialidad datos demográficos, plazos de demora, motivos de derivación, adecuación de la derivación y destino de los pacientes. La adecuación se puntúa del 0 a 3 (0 inadecuada, 1 poco adecuada, 2 adecuada, 3 muy adecuada). Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS.13.0 para Windows.

Resultados. En un periodo de 4 meses se atienden 1.104 pacientes, divididos en 4 grupos según la especialidad a la que se deriva. En la tabla adjunta, se recogen los resultados que se obtienen tras revisar las historias clínicas de una muestra aleatoria del 25% del total (276 pacientes).

Discusión. De la actividad en estas consultas se desprende el beneficio que se obtiene con esta gestión, en cuanto a la posibilidad de manejar ciertos procesos de forma ambulatoria, que de otra forma hubieran requerido un ingreso hospitalario para evitar demoras diagnóstico-terapéuticas. Para el S. de Urgencias supone también una ventaja, ya que se establece un destino concreto a corto plazo de los pacientes al alta.

Conclusiones. 1) La Consulta de Revisión de Urgencias consigue dar respuesta con una demora menor que en las consultas regladas a un grupo de pacientes que por su patología lo precisen. 2) Los motivos de derivación más frecuentes corresponden con las patologías que más frecuentemente demandan asistencia precoz. 3) Aspectos mejorables son la adecuación de las derivaciones, mediante la elaboración de protocolos, y la optimización de gestión de citas. 4) Por tanto podemos concluir que esta consulta podría evitar ingresos hospitalarios y reconsultas en Urgencias, con la consiguiente reducción en el gasto sanitario.

Resultados de actividad en consulta.

| | M. Interna | Cardiología | Neumología | Digestivo |
|------------------------|---|--|--|---|
| Nº total/25% | 356/89 | 188/47 | 240/60 | 320/80 |
| Media edad | 61,29 | 57,6 | 53,97 | 46,7 |
| Sexo (H/M) | H 57,4% M 2,6% | H 45,5% M 54,5% | H 65,9% M 34,1% | H 63,9% M 36,1% |
| Rev. urg. reales | 68 (78%) | 33 (70,2%) | 41 (68,3%) | 36 (45%) |
| Plazo medio | | | | |
| demora | 25,5 días | 10,9 días | 13,1 días | 33,25 días |
| Motivos más frecuentes | Ictus 16,2% Fiebre 11,85% FA 10,3% | FA 48,5% Dolor tórax 18,2% Síncope 15,2% | IPA-Neumonía 39% Asma 14,6% Hemoptisis 12% | Dolor abdomen 16,7% Rectorragia 13,9% Hepatopatía 11% |
| Adecuación (2-3) | 72% | 30,3% | 21,9% | 50% |
| Destino | Revisión 97% Alta 3% No acude 0% Derivación 0% | 84,8% 9,1% 6,1% 0% | 82,9% 14,6% 0% 2,4% | 69,4% 3,9% 16,7% 9% |

**G-039
ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE INGRESOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. ANÁLISIS PRELIMINAR**

J. Fernández Rivera, Y. Marín Fernández, R. Espinosa Calleja, A. Fernández Moyano, A. Ramos Guerrero, A. Mata Martín, M. Romero Rivero y C. Escorial Moya
Medicina Interna. San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Objetivos. Analizar la adecuación de ingresos hospitalarios en el Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe mediante la aplicación del AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre del año 2004, así como las causas precipitantes de la inadecuación de dichos ingresos.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión de las historias clínicas de 346 pacientes seleccionados al azar que fueron hospitalizados en nuestro

centro durante al año 2004. Se han aplicado los parámetros incluidos en el AEP en su versión española. Se aplicó el protocolo a cada caso seleccionado el día de su admisión en el hospital. Introducción posterior de los datos en base de datos Access, estudio estadístico con el programa SPSS.

Resultados. La mediana de edad (Q1-Q3) fue de 73 (59-80) años. Un 57,8% eran hombres. El 88% de los pacientes procedían de urgencias. Las patologías más frecuentes que motivaron el ingreso fueron cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca (10,4%). El 88,4% de las historias analizadas se consideraron ingresos adecuados con un índice de inadecuación del 11,6%. El criterio más frecuente de adecuación de ingreso fue la necesidad de medicación intravenosa (82,7%). Dieciocho (67%) de los 27 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de dolor torácico se consideraron ingresos inadecuados, siendo inferior a 20% la proporción de ingresos inadecuados en el resto de diagnósticos al ingreso analizados. No encontramos diferencias significativas en la relación entre proporción de ingresos adecuados/inadecuados y otras variables como sexo, edad, día de la semana al ingreso, hora de ingreso o zona básica de salud de procedencia. La causa más frecuente de admisión inadecuada fue que los procedimientos diagnósticos o terapéuticos podrían haberse realizado ambulatoriamente.

Discusión. Obtenemos un índice de inadecuación de ingresos del 11,6% de la población estudiada, cifras inferiores a otros estudios realizados en nuestro país en servicios de Medicina de hospitales de un nivel aproximado, encontrándose entre el 16-40% el porcentaje de admisiones que no se ajustaban a los criterios de AEP. Consideramos que este bajo índice de inadecuación podría estar influido por la disponibilidad de atención precoz en consultas externas de pacientes derivados desde urgencias. Llama la atención el hecho de que dentro de los grupos de patologías estudiados el diagnóstico de dolor torácico sea la causa más frecuente de ingresos inadecuados, situación que pensamos podría mejorar planteando otras alternativas previas al ingreso en como podría ser la creación de una unidad de dolor torácico en el servicio de urgencias.

Conclusiones. Así pues, la optimización en la utilización de los recursos sanitarios se perfila como elemento clave para moderar el gasto en la sanidad pública sin menoscabo de la calidad asistencial, y probablemente llegue a convertirse en la piedra angular de la política sanitaria en los próximos años. El AEP es el instrumento de medida más utilizado en nuestro medio para determinar el sobreuso de los recursos hospitalarios resultando de gran utilidad para elaborar planes de actuación basados en los datos obtenidos.

G-041

DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO TERMINAL ENTRE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Gámiz Sánchez, F. Carmona Espinazo, E. Ruiz Blasco, D. Gutiérrez Saborido, G. Pelayo García, A. Mogollo Galván y A. Macías Carmona

¹Medicina Interna. H.Univ. Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. El Hospital Universitario Puerta del Mar cuenta con tres secciones dentro del Servicio de Medicina Interna, una de ellas una unidad de cuidados paliativos. Generalmente, un paciente quede ingresado a cargo de la unidad de cuidados paliativos, cuando cumple una serie de criterios establecidos clásicamente. Pretendemos observar las diferencias más significativas en cuanto a epidemiología, presentación clínica, tiempo de estancia y causa del éxito entre la unidad de cuidados paliativos y el resto de secciones de los pacientes fallecidos en los últimos dos años en el servicio de medicina interna.

Materia y métodos. Se revisaron las historias clínicas de todos los fallecidos en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario Puerta del Mar entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2004, seleccionando los ocurridos en la unidad de cuidados paliativos. Se comparan las siguientes variables: edad, síntoma al ingreso, porcentaje de pacientes oncológicos y no oncológicos, existencia de pluripatología de base, días de estancia y causa de éxito.

Resultados. del total de éxitos en el Servicio de Medicina Interna (447), 39,8% (178), ocurrieron en la unidad de cuidados paliativos. Se obtuvieron los siguientes resultados: - edad: en la unidad de cui-

dados paliativos se registro una diferencia de edad menor de 5 años de media. - síntoma más frecuente motivo de ingreso: en todas las secciones la disnea es el síntoma más frecuente por el que se consulta. - porcentaje de pacientes no oncológicos: en la unidad de cuidados paliativos el porcentaje de pacientes no oncológicos supone un 11,4%, mientras que en las otras secciones este porcentaje se eleva hasta el 47,1%. - pluripatología de base: en ambos grupos supone más del 70% del total de los fallecidos, existiendo un porcentaje importante de pacientes no oncológicos. - días de estancia (media): similar en ambos grupos, alrededor de 12 días. - causa del éxito: aunque la evolución del propio cáncer es considerada como la causa del éxito más frecuente en ambos grupos, éste es mayor en la unidad de cuidados paliativos (20% frente al 39%).

Discusión. El servicio de medicina interna de nuestro hospital, atiende a un gran número de pacientes pluripatológicos que fallecen a los pocos días de su ingreso y que por tanto parece que cumplen criterios de terminabilidad. Estos criterios están claramente establecidos cuando hablamos de pacientes oncológicos, no siendo así en el caso de pacientes no oncológicos. Además según se desprende de nuestro estudio, parece que estos pacientes terminales no oncológicos, en su gran mayoría están atendidos en secciones diferentes a las de cuidados paliativos. En la unidad de cuidados paliativos de nuestro hospital se centra básicamente en la atención de pacientes oncológicos con criterios de terminabilidad. Parece conveniente hacer estudios que apoyen la necesidad de tratar a estos pacientes con criterios de terminabilidad no oncológicos con medidas paliativas al igual que se realiza actualmente con los pacientes oncológicos terminales.

Conclusiones. 1) El número de pacientes no oncológicos es significativamente menor en la unidad de cuidados paliativos. 2) La existencia de pluripatología, asociada o no a cáncer, es altamente frecuente, ello implica una mayor complejidad en el manejo de nuestros pacientes. 3) Aunque sean necesarios otro tipo de estudios, estos datos parecen apoyar la falta de respuesta que se ofrece en servicios de medicina interna a pacientes sin patología oncológica que cumplen criterios de terminabilidad.

G-042

INFLUENCIA EN LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA DEL TIEMPO DE ESPERA PARA EL TRASLADO A UN HOSPITAL DE CRÓNICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Tomás Jiménez, C. Fernández Roldán, M. Parejo Sánchez, A. Martín Moreno, J. Vilchez Medina, F. Miras Parra, M. Antúnez Estévez y J. de la Higuera Torres-Puchol

Medicina Interna B. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Motivos sociales y la pluripatología que caracteriza al paciente anciano en los Servicios de Medicina Interna hacen que, en muchas ocasiones, tengan que trasladarse en el momento del alta a Hospitales de crónicos. La sobrecarga de estos centros puede derivar en un aumento significativo en las estancias medias en los servicios de Medicina Interna. Con la finalidad de tratar de estudiar su incidencia, se lleva a cabo éste estudio con los siguientes objetivos: 1. Conocer las características demográficas y los motivos clínicos que motivaron el traslado de los pacientes a nuestro Hospital de crónicos de referencia. 2. Valorar la influencia en la estancia media de un servicio de Medicina Interna los mismos.

Materia y métodos. Se analizan retrospectivamente las solicitudes de traslado durante el período comprendido desde octubre de 2002 a julio de 2005 en el servicio de Medicina Interna B del Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Consideramos aumento de estancia media el período comprendido entre que se realiza la solicitud y se procede al traslado del paciente. Se lleva a cabo el oportuno estudio estadístico.

Resultados. En total se realizaron 107 solicitudes de traslado a hospital de cuidados mínimos. El tiempo medio de espera fue de 10 días (1-35). Catorce pacientes (13%) murieron mientras se esperaba el traslado. 9 pacientes (8'5%) decidieron abandonar la espera y trasladarse a su residencia (7'8 días desde la solicitud).

Discusión. De los resultados obtenidos se desprende la alta incidencia que la saturación que en nuestro caso se produce en el Hospital

de crónicos dificulta el traslado de nuestros pacientes, lo que se traduce en una elevación de la estancia media total y por tanto una mala utilización de los recursos (camas) de un hospital de agudos y por consiguiente, un incremento sensible de los costes.

Conclusiones. El tiempo medio de espera para el traslado a un Hospital de crónicos de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna es muy elevado, lo que supone una influencia muy negativa en las estancias medias totales. En definitiva, en nuestro medio se considera que un incremento del número de recursos destinados a los pacientes crónicos agudizados (camas en hospitales de cuidados mínimos, residencias medicalizadas, etc), vendría a resolver en buena medida la alta ocupación en nuestro Hospital en las áreas médicas.

G-043

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA MORTALIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Barquero Romero, A. García Rebollo y M. Pérez Miranda

Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz.

Objetivos. Conocer en la población de pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna las diferencias que existen entre hombres (H) y mujeres (M) para la causa del fallecimiento, el motivo de ingreso y los antecedentes patológicos.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de informes de éxitus. Duración 24 meses (Enero 2001-Diciembre 2002). Datos expresados como media con IC de 95%. Test de Chi2 para la comparación de variables cualitativas y el test de t de Student para variables cuantitativas. Base de datos Filemaker pro*. Programa estadístico G-stat*.

Resultados. Durante el período de estudio se produjeron 3977 ingresos (2199 H y 1778 M. Encontramos 332 éxitus (H 177 y M 155), lo que supone un índice de mortalidad de 8,34% (IC 95% 5,6-11) para el total y de 8,05% (IC 95% 4,5-13) en H y 8,71% (IC 95% 4,7-14,3) en M. La edad media fue de 79,4 años (IC 95% 78,2-80,6), con un rango 34-100 años). La edad media de los varones fue 76,5 (IC 95% 74,7-78,2) y la de mujeres de 82,7 76,5 (IC 95% 81,3-84,2), lo que es una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). La estancia media fue de 10 días (IC 95% 8,4-11,5), sin diferencia entre los sexos (H de 10,5 (IC 95% 8,1-12,8); M de 9,4 (IC 95% 7,4-11,4), p n.s). La diabetes, la hiperlipemia, enfermedad vascular cerebral-demencia, la insuficiencia hepática y la insuficiencia renal fueron igual de frecuentes en ambos sexos, pero HTA (H 26%, M 44,5%, $p < 0,001$) y cardiopatía (H 26%, M 47,7%, $p < 0,001$) fueron más frecuente en mujeres, mientras que en hombres lo fueron los antecedentes de broncopatía (H 32%, M 9,8%, $p < 0,001$) y neoplasia (H 23,7%, M 12,2%, $p < 0,01$). El análisis de los principales motivos de ingreso muestra que en las mujeres el dolor (H 6,2%, M 13,2%, $p < 0,03$), sangrado digestivo (H 2,2%, M 5,8%, $p < 0,01$) y deterioro neurológico (H 18,1%, M 28,7%, $p < 0,02$) fueron más frecuentes, mientras que los varones los más frecuentes fueron los síntomas respiratorios (H 14,7%, M 7,1%, $p < 0,02$ n.s.). Otros síntomas frecuentes como la disnea y el deterioro del estado general no mostraron diferencia entre los dos géneros. Las causas más frecuentes de éxitus en mujeres fue AVC (H 8,3%, M 16,4%, $p < 0,02$) y cardiopatía (H 14,1%, M 28,1%, $p < 0,01$) y en varones el cáncer (H 24,3%, M 6,2%, $p < 0,001$). Cuando la causa del fallecimiento fue el cáncer observamos que las localizaciones más frecuentes en hombres eran pulmón (36,8%) y digestivo (23,6%), y en mujeres digestivo (50%) y genito-urinario (25%).

Conclusiones. Encontramos unas tasas de mortalidad similar a la de otros estudios españoles. Los hombres fallecen a edad más temprana que las mujeres; con más frecuencia presentan cáncer, siendo el pulmón en más frecuente. El cáncer como causa de muerte es significativamente más frecuente en los varones, mientras que en las mujeres son los problemas cardiovasculares. Es necesario que estas diferencias de género sean investigadas, y además, deben ser tenidas en cuenta al elaborar planes sanitarios.

G-045

ADECUACIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN NAC

B. Rodríguez Díaz, C. Gutiérrez Del Río, T. Pascual Pascual, J. Morís De La Tassa, D. Galiana Martín, E. Fonseca Aizpuru y D. León Durán

Servicio de Medicina Interna, Sección de Neumología. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Objetivos. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC), es una enfermedad con gran repercusión socioeconómica, por su alta incidencia y mortalidad. Se planteó este estudio para evaluar la adecuación de los días de estancia hospitalaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de NAC (GRD 89, 90, 541 y 475) durante el año 2003 en la sección de Neumología (NML) de nuestro hospital. Se aplicó a todos los días de hospitalización una versión del protocolo AEP (Appropriateness Evaluation Protocol), comparándose con los resultados obtenidos en el mismo estudio realizado durante el mismo período de tiempo sobre los pacientes del Servicio de Medicina Interna (MI).

Resultados. En NML se atendieron 193 pacientes, siendo 145 (75%) varones, con edad media: 70 ± 15 (21-95); 133 (69%) eran mayores de 65 años. La estancia media fue de $9,5 \pm 5$ días (0-26). Fallecieron 14 (7%), de los que 8 (57%) lo hicieron durante fin de semana. En MI se atendieron 214, siendo varones 122 (57%) con edad media de 73 ± 16 (23-97); 164 (77%) eran mayores de 65 años. La estancia media fue de 9 ± 6 días (1-45). Fallecieron 28 (13%), de los que 12 (43%) lo hicieron en fin de semana. En NML recibieron uno o varios antibióticos 187 (97%): Levofloxacino 112 (58%) y Amoxicilina-Clavulánico 82 (42%), con práctica de terapia secuencial en 149 (77%). Se analizaron 1846 estancias hospitalarias, considerándose inadecuadas 440 (24%); las causas de inadecuación pueden ser una o varias y se observó: retraso atribuido a responsabilidad del médico o del hospital en 518 (74%), retraso en los procedimientos diagnósticos en 158 (22%) y por condiciones del medio familiar o social en 28 (4%). En MI todos los pacientes recibieron antibiótico: Amoxicilina-Clavulánico 118 (55%) y Levofloxacino 85 (40%) con terapia secuencial en 122 (57%). Hubo 1900 estancias hospitalarias, siendo inadecuadas 338 (18%); las causas de inadecuación fueron retraso en procedimientos diagnósticos en 302 (89%), retraso atribuido al médico u hospital 231 (68%) y condiciones del medio familiar o social 30 (9%).

Conclusiones. 1) La NAC en nuestro medio es una causa frecuente de ingreso hospitalario, sobre todo en pacientes de edad avanzada. 2) Las características de los pacientes fueron similares, salvo predominio significativo de varones en NML, sin existir diferencias significativas en la mortalidad. 3) El uso de antibióticos ha sido correcto, aunque con diferencias en el tipo de antibiótico utilizado, realizando más terapia secuencial en NML. 4) En NML ha habido una media de estancias inadecuadas similar a la descrita en la literatura, sin embargo en MI ha sido significativamente menor, probablemente por menor uso de la terapia secuencial, y por tanto mayor uso de acceso venoso, no considerado inapropiado por el protocolo AEP. 5) La causa fundamental de inadecuación ha sido atribuida a responsabilidad del médico o del hospital en NML frente a retraso en los procedimientos diagnósticos en MI, por lo que sería aconsejable un ajuste en el circuito hospitalario.

G-047

COMPARACIÓN ENTRE LOS SARM DE MEDICINA INTERNA Y LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

C. Delibes¹, R. Pascual¹, J. Colomina¹, M. Romero¹, A. Belso¹, J. Calduch³ y C. Pérez Barba

¹Medicina Interna, ²Unidad de Corta Estancia. Hospital General de Elda. Elda, Alicante.

Objetivos. Comparar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes infectados por SARM ingresados en Medicina Interna (MI) con los ingresados en la Unidad de Corta Estancia (UMCE).

Material y métodos. Estudio descriptivo basado en el análisis de las historias clínicas de los pacientes en los que se aisló SARM durante el período comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2005, ingresados en Medicina Interna (MI) y en la Unidad de Corta Estancia

(UMCE) de un hospital comarcal de 300 camas. El protocolo de recogida de datos incluía datos de filiación, epidemiológicos, patologías asociadas, diagnóstico, tipo de adquisición, gravedad de la enfermedad de base en función de la clasificación de McCabe, procedencia de las muestras para cultivo, patrón de sensibilidad de SARM, tratamiento antibiótico y evolución. Previamente se definieron los conceptos de adquisición nosocomial, comunitaria, nosocomial importada y comunitaria importada, infección y colonización, tipo de infección siguiendo los criterios de los CDC, tratamiento empírico y dirigido, tratamiento antimicrobiano apropiado y recidiva.

Resultados. Se aislaron 11 SARM en MI frente a 13 en la UMCE. Todos los aislados de MI procedían de pacientes hospitalizados, mientras que prácticamente la mitad de los pacientes de la UMCE procedían de asilos o residencias. En 7 de los casos de MI la adquisición fue nosocomial por sólo 3 en la UMCE. Los 6 casos procedentes de asilos se consideraron como comunitarios importados. La media de edad de MI fue de 71,4 años (20-85), frente a 81,18 en la UMCE (69-89). En ambos servicios la mayoría de los aislados procedían de muestras respiratorias. En 4 casos de MI y en 6 de la UMCE se consideró al SARM responsable del proceso infeccioso. 5 de MI y 3 de la UMCE fueron colonizadores. En 3 casos de MI y 6 de la UMCE los cultivos fueron polimicrobianos. El 100% de los SARM fue sensible a vancomicina y teicoplanina pero hubo diferencia en el patrón de sensibilidades para el resto de los antibióticos: Cotrimoxazol 100% MI, 92% UMCE, ciprofloxacino 18% MI, 15% UMCE, eritromicina 54% MI, 23% UMCE, gentamicina 99% MI, 100% UMCE. Todos los casos registrados en Marzo del 2005 en MI tuvieron el mismo patrón de sensibilidades, al igual que todos los del mismo período de la UMCE que a su vez eran diferentes del de los pacientes de MI.

Discusión. El SARM representa un problema creciente en los hospitales pequeños, donde además hay servicios especialmente vulnerables, como la UMCE, donde ingresan los enfermos de edad avanzada, procedentes en un alto% de instituciones cerradas y con pluripatología. La estructura de la UMCE con habitaciones compartidas por varios enfermos y con un alto recambio de pacientes, puede favorecer la diseminación del SARM. Además los cultivos de los enfermos de la UMCE suelen ser polimicrobianos y el presentan un perfil de sensibilidad más desfavorable que los de MI.

Conclusiones. Se deben de extremar las medidas preventivas para SARM en los hospitales pequeños, especialmente en la UMCE, para evitar la extensión nosocomial, a instituciones cerradas y a la comunidad. Se deben realizar estudios epidemiológicos prospectivos para conocer el verdadero alcance del problema.

G-048

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. ANÁLISIS PRELIMINAR

R. Espinosa Calleja, Y. Marín Fernández, J. Fernández Rivera, A. Fernández Moyano, A. Mata Martín, M. Romero Rivero, C. Escorial Moya y A. Ramos Guerrero

Medicina Interna. San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Objetivos. Analizar la adecuación de estancias hospitalarias en el Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe mediante la aplicación del AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) durante el año 2004, analizando igualmente los motivos responsables de las estancias hospitalarias inadecuadas.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo realizado mediante el análisis de 99 historias clínicas de pacientes seleccionados al azar que permanecieron hospitalizados en nuestro centro durante el año 2004. Se ha aplicado el AEP a cada caso seleccionado durante todos los días de hospitalización excluyendo el día del ingreso y el día del alta médica. Introducción posterior de los datos en una base de datos Access y estudio estadístico con el programa SPSS.

Resultados. La mediana de edad (Q1-Q3) de los pacientes analizados fue 74 (60-79) años. Cincuenta y siete (57,6%) eran hombres. Ochenta y cinco (85,9%) de los pacientes procedían del servicio de

urgencias. Analizamos también la procedencia según las diferentes áreas geográficas de salud. Los 99 pacientes hospitalizados analizados generaron un total de 657 estancias hospitalarias, de las que 572 (87%) se consideraron estancias adecuadas con un índice de inadecuación del 13%. La media (SD) de días de estancia hospitalaria fue 6,66 (5,69) días. Cuatrocientos cuarenta y siete (78,1%) de las estancias adecuadas cumplieron el criterio «necesidad de medicación intravenosa y/o reposición de fluidos», que fue el criterio de adecuación que se presentó con mayor frecuencia seguido de la necesidad de cuidados respiratorios (34,4%) y monitorización continua de constantes vitales (19,4%). Treinta y dos (37,7%) de las estancias inadecuadas correspondieron a pacientes con el diagnóstico de dolor torácico o cardiopatía isquémica. Las patologías que generan menor estancia media son los paciente que permanecen ingresados con diagnósticos de dolor torácico y síncope. Los problemas de programación de pruebas diagnósticas es la causa más frecuente de estancias inadecuadas. No encontramos diferencias significativas en la relación entre proporción de estancias adecuadas/inadecuadas y otras variables tales como sexo, día de la semana de ingreso, hora de ingreso o zona básica de salud de procedencia.

Discusión. Obtenemos un índice de inadecuación de estancias del 13%, cifra inferior a otros estudios realizados en los últimos años quizá influenciado por la disponibilidad de acceso a consultas externas, de forma relativamente precoz, que permite en muchos casos plantear altas precoces con seguimiento posterior ambulatorio. En cuanto a los criterios de adecuación, en España no disponemos de una versión adaptada a nuestro entorno, lo que puede justificar el hecho de que la necesidad de medicación intravenosa y/o reposición de fluidos (sin especificar cuantificación) sea la primera causa de inadecuación. En nuestro estudio hemos considerado el criterio como válido en aquellos pacientes que precisaban más de 1000cc diarios de fluidoterapia.

Conclusiones. El conocimiento de los factores que influyen en la estancia hospitalaria es un punto clave para la evaluación de la calidad de la asistencia hospitalaria. La disminución de la estancia media a través de la disminución de estancia inadecuada supone una mejora de la eficiencia que no compromete la calidad de la asistencia. La evolución futura de la asistencia hospitalaria tiende a la utilización de fórmulas alternativas a la hospitalización convencional tales como hospitales de Día y hospitalización a domicilio así como una buena coordinación entre niveles asistenciales, proyectos en vías de desarrollo en nuestro centro hospitalario actualmente.

G-050

PERFIL DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN

B. Roig Espert, M. Albert Coll, J. Marco Lattur y S. Ruiz Maquilón

Medicina Interna. Hospital General de Castellón. Castellón.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital durante el año 2004.

Material y métodos. A partir de los informes de alta de todos los pacientes ingresados en nuestro servicio desde el 01.01.2004 hasta el 31.12.2004 se recogieron los siguientes datos: número de historia clínica, edad, sexo, motivo de ingreso, diagnóstico principal al alta, días de estancia hospitalaria, comorbilidad (diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infección por virus de hepatitis B y C, usuarios de drogas por vía parenteral), número de fármacos al alta y mortalidad. Se analizaron todos los datos obtenidos con el programa SPSS v.11.0.

Discusión. En nuestra serie se observa que los pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna son en su mayoría de edad avanzada. Una gran parte de estos pacientes refieren sintomatología inespecífica a la hora del ingreso, y presentan además una o varias patologías crónicas asociadas, lo que probablemente se relacione con estancias hospitalarias prolongadas y un elevado consumo de fármacos. La patología más prevalente es la tumoral y la infecciosa, ésta última causante de descompensaciones de patología crónica existente, lo que motiva el traslado de pacientes a hospitales de larga estancia.

Conclusiones. La edad avanzada, la pluripatología y la polifarmacia son las características de los pacientes que ingresan en nuestro servicio de Medicina Interna.

G-051
PACIENTES EVALUADOS EN CONSULTA DE UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA REMITIDOS DESDE URGENCIAS

M. Odriozola¹, B. Otero¹, M. Morales², V. Gracia¹ y J. Medina¹

¹Unidad de Pluripatología y atención médica integral. Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Urgencias. 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. La UPPAMI se planteó como una unidad integrada con planta y consulta, con posibilidad de atender, en una parte, a enfermos necesitados de un estudio y seguimiento rápidos que fuesen evaluados en urgencias y con intención de evitar su ingreso para la realización de su estudio diagnóstico. Con esta intención, 196 pacientes han sido evaluados en urgencias y enviados a nuestra consulta. Nuestro objetivo es analizar de esos pacientes, las patologías que presentan, la comorbilidad, su situación funcional, el% de ellos que ingresan, y el tiempo en el que se les puede ver en consulta y cuántas consultas son necesarias para resolver el proceso, o bien, dirigir al paciente donde se le pueda resolver su proceso.

Material y métodos. Se han recogido los datos de 196 pacientes que fueron vistos en Consulta UPPAMI procedentes de urgencias. Los datos se han almacenado en base de datos FileMaker.Pro y en el programa de informes del hospital HP-Doctor. De estos pacientes se han recogido los diagnósticos, tiempos de demora y destino.

Resultados. De los 196 pacientes, la media de edad era de 59,46 años (56.69-62.24), el 54.08% eran varones y el 45.91% mujeres. La media de días entre la visita a urgencias y atención en consulta fue de 3.73 días (3.22-4.24). El 34.48% de los pacientes (60) venían con el diagnóstico de anemia a estudio, el 36% (63) con sospecha de patología digestiva, el 17% (31) con sospecha de enfermedad infecciosa, un 23.42% (41) enfermedad neoplásica, enfermedad cardiovascular el 24% (42) y otros tipos de enfermedades el 23.42% (41). Algunos pacientes presentaban patologías combinadas, por ejemplo, el 16% presentaba anemia y enfermedad digestiva (32), y el 10% anemia y enfermedad neoplásica (20). Un 36.20% eran hipertensos, un 13.79% diabéticos y un 23.12% presentaban alguna forma de dislipemia. 16 de los pacientes presentaban HTA y DM (8.1%). De todos los pacientes vistos, ingresaron un 26.48% (49), un 54.34% (25) en la planta de hospitalización UPPAMI, un 32.60%, en plantas quirúrgicas, un 4.34% (2) en Oncología y un 8.69% (4) en otras. La media de citas hasta el alta del paciente ha sido de 2.20 (2.02-2.39).

Discusión. Los pacientes derivados desde urgencias a consulta UPPAMI han tardado una media de 3.73 días en ser vistos en la consulta, lo que nos indica la rapidez con la que estos pacientes van a ser vistos y diagnosticados, y también encaminados a los servicios que corresponda o a iniciar el tratamiento. Los diagnósticos más frecuentes por los que han sido derivados son: enfermedad digestiva, anemia, sospecha de neoplasia, infecciones, enfermedad cardiovascular y otros. La mayoría de ellos presentaban factores de riesgo cardiovascular, y casi la mayoría comorbilidad asociada. Se ha podido evitar el ingreso en 3/4 partes de los pacientes, lo que nos aporta una disminución del número de ingresos, de recursos en el paciente ingresado, con la misma efectividad en cuanto al diagnóstico e inicio de tratamiento. Ello permite que se puedan ingresar otros pacientes en los cuales esta alternativa no es posible, fundamentalmente porque su estado de salud lo impide. También se ha visto que el número de citas en los cuales el paciente se resuelve y se envía con diagnóstico y tratamiento es corto, lo que nos ayuda a poder disponer de la consulta para ver nuevos pacientes.

Conclusiones. A través de la consulta UPPAMI se ha conseguido disminuir la cantidad de ingresos de muchos pacientes que acuden a urgencias, siendo vistos de forma rápida, ingresando en la mayoría de las veces para realización de pruebas complementarias en la unidad, y en el resto, en las especialidades correspondientes una vez diagnosticado el proceso de base. Esto redundará en una mejor atención de los pacientes y mejor distribución de los recursos hospitalarios sin detrimento de la calidad asistencial.

G-052
PLAN DE MEJORA CONTINUADA DE LA CALIDAD EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

J. Díaz Benito e I. Pérez Litago

Servicio de Urgencias. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra.

Objetivos. Medir la calidad de la asistencia prestada a los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, y realizar un Ciclo de mejora.

Material y métodos. Se ha evaluado la calidad asistencial, en su dimensión científico-técnica, y posteriormente se ha llevado a cabo un Ciclo de mejora, a partir de los siguientes criterios explícitos normativos: de datos de proceso (realización anual de al menos dos HbA1c; antiagregación-anticoagulación) y de datos de resultado (última HbA1c < 7%; último LDL < 100 mg/dl; media de las dos últimas TA < 130/80 mmHg; último IMC < 30). La unidad de estudio ha comprendido a los pacientes de la zona básica de salud de Iturrama (Pamplona) con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 (656 personas, prevalencia del 3,6%). Tanto en la evaluación inicial como en la reevaluación a los 9 meses, se han seleccionado 60 pacientes mediante un muestreo sistemático, estratificado por sexo. Para determinar la significación estadística de la diferencia encontrada entre las dos evaluaciones, se ha aplicado el test estadístico del valor de z para una cola.

Resultados. En la primera evaluación, en el año 2004, los criterios con mayor número de incumplimientos fueron los siguientes: dos HbA1c anuales (50 incumplimientos), LDL < 100 (47 incumplimientos), y TA < 130/80 (40 incumplimientos). Las propuestas de mejora se centraron fundamentalmente en el cumplimiento de estos tres criterios. Para su implantación se insistió en solicitar los análisis de sangre a través del perfil «Diabetes» de la historia clínica informatizada, con la implicación de Enfermería, y se recordaron mensualmente los puntos a mejorar, tanto en reuniones de equipo como individualmente mediante el correo electrónico. En la reevaluación llevada a cabo nueve meses después, con el mismo diseño, el número de incumplimientos en la realización anual de dos HbA1c fue de 39 (z = 2,71; p = 0,003), y de 38 en el LDL < 100 (z = 1,87; p = 0,031), lo que supone una mejora estadísticamente significativa en esos dos criterios.

Conclusiones. La calidad de la asistencia prestada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se puede mejorar con intervenciones asequibles, tanto en datos de proceso (realización anual de al menos dos HbA1c) como de resultado (descenso del LDL por debajo de 100 mg/dl).

Evaluación del Ciclo de mejora.

| Criterios | 1ª evaluación | 2ª evaluación | Mejora absoluta: 2ª Eval/1ª Eval | z | Significación estadística |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|------|---------------------------|
| | Cumplimientos (%) | Cumplimientos (%) | | | |
| HbA1c/año | 16 | 35 | 19 | 2,71 | p = 0,003 |
| HbA1c < 7% | 45 | 38 | — | | |
| LDL < 100 mg/dl | 21 | 36 | 15 | 1,87 | p = 0,031 |
| TA < 130/80 mmHg | 33 | 18 | — | | |
| IMC < 30 | 51 | 50 | — | | |
| Antiagregación/ anticoagulación | 46 | 48 | 2 | 0,21 | p > 0,05 |

G-053
ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

E. Padín Paz, F. García Suárez, J. Sánchez Leira, J. Díaz Peromingo, J. Saborido Froján, M. Fernández Ameneiros y M. Iglesias Gallego

Medicina Interna, Unidad de Hospitalización a domicilio. FPH da Barbanza. Ribeira, A Coruña.

Objetivos. Describir las características de las consultas solicitadas por los diferentes Servicios al Servicio de Medicina Interna en un hospital comarcal.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las interconsultas recibidas en el Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal de 82 camas durante un período de 12 meses. Variables analizadas: edad, sexo, servicio de referencia, motivo de la consulta, diagnóstico, necesidad de seguimiento, remisión a otros Servicios, necesidad de ingreso en Unidad de críticos.

Resultados. Se realizaron un total de 80 interconsultas durante este periodo, el 68% mujeres, con una media de edad de 73.6 años (21-94). Del total de interconsultas realizadas 47 (58%) fueron remitidas desde Traumatología, 19 (23%) desde cirugía general, 8 (10%) desde Anestesia y 6 (7%) desde los Servicios de Ginecología y ORL. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: disnea (12), patología cardiovascular (10), patología respiratoria (6), descompensación de DM (7), HTA (7) y fiebre (5). Los diagnósticos más repetidos en el momento de la valoración estaban en relación con patología cardiovascular (19), patología infecciosa (17), descompensación diabética (9) e HTA (8). El 8% de las interconsultas fueron requeridas como urgentes, y el 87% del total fueron atendidas en el mismo día de su solicitud. El 23% de los pacientes atendidos fue diagnosticado de dos o más patologías concomitantes en el momento de la valoración. El 55% de los pacientes precisó seguimiento por parte del internista durante su estancia; 12 pacientes precisaron de valoración por otros Servicios y un paciente hubo de ser trasladado al servicio de Medicina Interna. Tres pacientes fueron derivados para ingreso en una Unidad de críticos.

Discusión. Las interconsultas realizadas a los internistas suponen una parte sustancial de su actividad, que precisa de una alta cualificación y es habitualmente infravalorada. En un hospital comarcal esto es más manifiesto al ser difícil la valoración por determinadas especialidades. Las publicaciones en las que se examina el papel del internista como interconsultor habitualmente se refieren a hospitales de segundo y tercer nivel, y en otras se estudia su papel como médico adscrito a otro Servicio. En esta comunicación analizamos los resultados de esta práctica en un hospital con un número de camas reducido y en el que la gran mayoría de la patología médica está a cargo de Medicina Interna.

Conclusiones. El Servicio que más demanda la valoración médica es Traumatología. El paciente tipo es una mujer de edad avanzada, con descompensación de su patología de base habitualmente por estrés quirúrgico, mal ajuste de medicación o patología infecciosa. La mayoría de las interconsultas precisan de un seguimiento continuado por parte del internista por lo que esta actividad supone una importante carga de trabajo al tratarse además de pacientes complejos desde el punto de vista médico y con varias patologías concomitantes. Por todo esto, el médico internista es el referente ideal para la valoración de estos pacientes por su capacidad y versatilidad que se hace más evidente si cabe en este tipo de hospitales, como se pone de manifiesto en el escaso número de casos en los que fue requerida la valoración por otros especialistas.

G-054 RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Saborido Froján¹, J. Sánchez Leira¹, E. Montero López¹, J. Díaz Peromingo¹, M. García Suárez¹, E. Padín Paz¹, M. Iglesias Gallego¹ y J. Fernández Moreno³

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Melide, A Coruña. ²Medicina Interna, ³Digestivo. Hospital da Barbanza. Riveira, A Coruña.

Objetivos. La endoscopia digestiva alta es una de las técnicas diagnósticas invasivas más seguras y más empleadas en la práctica clínica hospitalaria. El propósito del presente estudio es evaluar la rentabilidad diagnóstica de esta técnica en un hospital comarcal.

Material y métodos. El estudio fue realizado en base a la revisión retrospectiva de los resultados de todas las endoscopias digestivas altas realizadas con intención diagnóstica en un período de 6 meses (1 de Noviembre de 2004 a 30 de Abril de 2005). Fueron excluidos por tanto los estudios realizados con la intención de colocar PEG. Nuestro centro es un hospital comarcal que da cobertura sanitaria a un área de unos 65000 habitantes.

Resultados. En total se revisaron 472 endoscopias, 228 correspondían a varones y 244 a mujeres. Los hallazgos endoscópicos fueron clasificados en 8 grupos no excluyentes entre sí: hernia de hiato,

esofagitis, gastritis, neoplasias, úlceras pépticas, varices esofágicas, sin hallazgos patológicos y otros diagnósticos (cuerpos extraños, candidiasis esofágica, pólipos, acantosis glucogénica, etc.). La patología más frecuente fue la hernia de hiato (198 casos), seguida de gastritis (103 casos) y esofagitis (41 casos). El número de endoscopias normales fue únicamente de 70, a continuación presentamos los resultados: Hernia hiato: 198. Gastritis: 103. Esofagitis: 41. Úlceras pépticas: 14. Neoplasias: 8. Varices esofágicas: 2. Otros diagnósticos: 62. Sin patología: 70.

Discusión. De los 472 estudios realizados solo en 70 no se halló patología (14,8%), lo cual supone un porcentaje muy bajo en una prueba diagnóstica. No obstante, las patologías más frecuentemente detectadas son hernia de hiato y gastritis, situándose su número claramente por encima de patologías más graves. Además, hay que tener en cuenta que esta técnica no está totalmente exenta de riesgos y complicaciones, por lo que su indicación la debe de marcar un estudio clínico completo en el que se tenga en cuenta la presencia de procesos que puedan aumentar la incidencia de complicaciones a la hora de su realización.

Conclusiones. La endoscopia digestiva alta es una técnica con alta rentabilidad diagnóstica en nuestro medio. La patología más frecuentemente detectada fue hernia de hiato seguida de gastritis.

G-055 EFECTO DE LA APERTURA DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA SOBRE LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y CARTERA DE SERVICIOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

V. González Ramallo¹, I. Pérez Tamayo², A. Segado Soriano¹, L. Cosano Pérez³ y J. de Miguel Yanes⁴

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio, ²Servicio de Medicina Interna III, ³Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de La Princesa. Madrid.

Objetivos. Evaluar la influencia de la apertura en diciembre de 2003 de una Unidad de Corta Estancia (UCE) en un hospital de tercer nivel sobre los indicadores de gestión de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) previamente funcionante como alternativa a la hospitalización convencional desde el Servicio de Urgencias. **Material y métodos.** Basándonos los registros del CMBD, comparamos los indicadores de gestión de la Unidad de Hospitalización a Domicilio durante el año 2003 (sin UCE) con los de 2004 (con UCE). Los datos analizados fueron: número de ingresos totales en UHD, número de ingresos desde Urgencias y plantas de hospitalización, estancia media y reingresos no programados en hospitalización convencional. Además comparamos la edad, género y diagnóstico agrupado (GRD) de los pacientes ingresados en la UHD durante ambos periodos.

Resultados. Entre 2003 y 2004 se produjo una disminución del número de ingresos en la UHD (587 vs 505; -16%) a expensas de los ingresos directos desde el servicio de Urgencias (468 vs 346; -26%). Esta disminución de ingresos se palió en parte por el incremento en los ingresos desde las plantas de hospitalización (119 vs 159; + 34%). Este cambio en la procedencia de los pacientes se tradujo en un incremento significativo en la estancia media de la UHD (7,1 ± 3,5 vs 8,3 ± 4,6 días; p < 0,001) y casi significativo en el porcentaje de reingresos en hospitalización convencional desde la UHD (3,2% vs 5,6%; p = 0,06). Los GRD más afectados por la disminución de ingresos en la UHD fueron: infecciones del riñón y tracto urinario (320, 321), insuficiencia cardíaca (127) y EPOC (88).

Discusión. De nuestra experiencia se puede extrapolar que 122 pacientes que en 2003 fueron asistidos en régimen de HD se ingresaron en la UCE al año siguiente, si bien por un tiempo más limitado. Las UHD han demostrado ser una alternativa válida en determinadas patologías al ingreso de pacientes desde el servicio de Urgencias. Su coste, al menos para el hospital, es inferior al de la hospitalización convencional. De todas formas tienen limitaciones a la hora de intervenir en determinados procesos tanto agudos como crónicos. La existencia de la UCE se justifica principalmente por la ineficiencia de los grandes hospitales para gestionar rápidamente procesos de escasa complejidad o duración. Pensamos que

las UCE y las UHD no deben competir por los mismos procesos si no complementarse, teniendo en cuenta también las preferencias del paciente o sus familiares por uno u otro sistema asistencial. Un aspecto positivo a destacar es la capacidad de adaptación de los profesionales de la UHD, internistas y enfermeras, para cambiar su cartera de servicios y buscar nichos de pacientes en los que poder ser útiles. El incremento de un 34% en los ingresos desde la planta de hospitalización, sobre todo a expensas de pacientes provenientes de especialidades quirúrgicas (Cirugía General, Urología, Cirugía Vascular) y de la propia UCE, son un dato revelador de esta flexibilidad.

Conclusiones. A la hora de planificar la dotación y cartera de servicios de nuevos recursos asistenciales, en este caso una Unidad de Corta Estancia, es imprescindible contar con todos los dispositivos previamente disponibles incluyendo a las Unidades de Hospitalización a Domicilio. La pertenencia de todos estos dispositivos a una misma estructura funcional (Departamento de Medicina Interna) puede ayudar a encontrar el mejor lugar terapéutico para cada proceso, conciliando los intereses del paciente y de la institución. La plantilla de las Unidades de Hospitalización a Domicilio debe estar formada mayoritariamente por internistas que permitan la necesaria elasticidad para afrontar los cambios en su cartera de servicios.

G-056

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL GENERAL

I. Escot Cabeza, M. Martín Escalante, R. Quirós López, J. Ruiz Mesa, L. Mérida Rodrigo, C. Romero Gómez, M. Delgado Fernández y J. García Alegría

Servicio Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Conocer las características de las interconsultas (IC) solicitadas a un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de todas las interconsultas solicitadas a Medicina Interna desde el 1 de Julio de 2004 hasta 31 de Diciembre de 2004. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, servicio de procedencia, motivo de la interconsulta, tipo de IC, demora en contestarla, patología base del paciente objeto de la interconsulta, estancia media, porcentaje de fallecidos.

Resultados. En los 6 meses de estudio, se recibieron y contestaron 283 IC, de las cuales 142 (50,2%) corresponden a hombres y 134 (47,3%) a mujeres, en 5 (2,1%) casos no quedó constancia del sexo. La edad media era de 66,56 años y similar para ambos sexos. En cuanto a la procedencia, la mayoría de las IC (75,5%) son solicitadas desde el área quirúrgica. Destacando Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) de la que proceden 120 (42,3%), seguida de Cirugía General con 54 (19%), Cardiología 25 (8,8%), Ginecología 24 (8,5%), Digestivo 20 (7%), Urología 12 (4,2%), Hematología 7 (2,5%), Neumología 7 (2,5%), Dermatología 5 (1,8%), ORL 3 (1,1%), Anestesia 1 (0,4%) y Oftalmología 1 (0,4%). En cuanto al tipo IC se solicitaron para responder con carácter urgente 19 (6,7%) casos, en el día en 146 (51,4%) casos, normal o demorable en 113 (39,8%) casos. Las causas que motivaron la realización de IC fueron Diabetes Mellitus descompensada en el 15,5% de los casos (44), valoración de tratamientos 42 (14,8%) (patología de base durante ingreso 7,8%, prealta hospitalaria 4,2% y antibioterapia 2,8%), síndrome confusional agudo 29 (10,3%), disnea 23 (8,1%), fiebre 17 (6%), hipertensión arterial descompensada 17 (6%), accidente cerebrovascular agudo 11 (3,9%), oligoanuria 11 (3,9%), seguimiento de evolución 9 (3,2%), insuficiencia cardíaca 6 (2,1%), edemas en miembros inferiores 6 (2,1%), dolor torácico 5 (2,1%), mareo/síncope 5 (1,8%), cambio de servicio 5 (1,8%) y otras patologías 69 (19%). La media de demora en contestarlas fue de 0,78 días (mínimo 0 días y máximo 6 días). Tras responder la IC, 24 enfermos fueron derivados a otros servicios: 21 a Medicina Interna, 1 COT y otro Unidad de Cuidados Intensivos. La mayoría de pacientes objeto de IC, son pacientes pluripatológicos (30,8% de los casos presentaban tres enfermedades como patología de base). Destacar que 14 (4,9%) pacientes eran gestantes y se consultaba para valoración de

diabetes gestacional o hipertensión arterial gestacional. La media de días de ingreso fue de 22,7 días y mortalidad del 4,6% (13 pacientes). Ambos parámetros superiores a la de los servicios que solicitan la interconsulta.

Discusión. Las interconsultas suponen un trabajo adicional generalmente no cuantificado que en nuestro caso supone 2,2 pacientes/día. En lo publicado las cifras son algo menores y las características de los pacientes también difieren, muy posiblemente atribuible a que los estudios que recoge la literatura están realizados en hospitales de distintas características.

Conclusiones. El internista es uno de los especialistas más requerido, a través de hojas de interconsulta, para valoración de pacientes pluripatológicos en un hospital general. La mayoría de las interconsultas son solicitadas por los servicios quirúrgicos, pero se aprecia un aumento de las realizadas por los servicios médicos. La valoración de estos pacientes debería ser cuantificado dentro de la actividad habitual del internista.

G-057

INGRESOS PREVIOS, REINGRESOS E INTERCONSULTAS EN PACIENTES INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

A. Pardo Cabello, C. Fernández Roldán, M. García Jerez, D. Vinuesa García, C. López Robles, I. Aomar Millán, G. Biosca Echenique y E. Quevedo Carmona

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Analizar el número, carácter (urgente/normal) y el Servicio de destino de las consultas realizadas a otros especialistas entre pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca. Evaluar los ingresos previos al analizado y los posteriores reingresos con el fin de aproximarse a la eficacia de la intervención hospitalaria.

Material y métodos. Se revisaron 143 historias clínicas de pacientes tomando como referencia el último ingreso en Sala de Medicina Interna del Hospital Clínico San Cecilio de Granada en el que apareciera insuficiencia cardíaca como diagnóstico al alta. Se recogieron los ingresos en los 6 meses previos y los reingresos en los 6 meses posteriores, así como los Servicios en los que tuvieron lugar. Durante el ingreso de referencia se cuantificaron el número total de interconsultas, los Servicios de destino, su carácter y las causas más frecuentes que los motivaron.

Resultados. De los 143 pacientes, habían ingresado previamente 37 de ellos (25,9%). De éstos, 27 lo habían hecho una sola vez (73%), 8 dos veces (21,6%) y 2 tres veces (5,4%). Los Servicios de alta en los ingresos previos fueron en un 32,4% de los casos M. Interna, en un 29,7% de los casos Cardiología y en un 5,4% Nefrología y UCI. En relación a los reingresos, 16 pacientes precisaron volver al Hospital (11,2%). Los Servicios de M. Interna con 6 pacientes (37,5%) y Cardiología y UCI con 2 cada uno de ellos (12,5%) fueron los destinos más frecuentes de los reingresados. Se realizaron 65 interconsultas en total de las que sólo 2 fueron de carácter urgente (3,07%). Los Servicios más consultados fueron Hematología (26,1% de las interconsultas), Dermatología y Cardiología (10,7% cada una), Rehabilitación (9,8%) y Cirugía Vascular (6,15%). La causa principal de consulta a Hematología fue el ajuste de anticoagulación oral.

Discusión. A la vista de los resultados, destacar la diferencia entre los pacientes que habían precisado ingresos previos (25,9%) frente a los que reingresaron (11,2%) lo cual se explicaría, desde nuestro punto de vista, por la eficacia de la intervención hospitalaria. Hay señalar, a pesar de lo anterior, el alto porcentaje de ingresos que precisan estos pacientes lo cual se justificaría por el perfil del paciente de M. Interna (pluripatológico, de edad avanzada y del estado evolucionado de su enfermedad de base). Resulta llamativo que el grueso de la interconsultas recaiga sobre Hematología. Esto se explicaría por el porcentaje de pacientes que ingresan con fibrilación auricular asociada y que precisan anticoagulación oral.

Conclusiones. El 26% de los pacientes hospitalizados en Medicina Interna habían sido ingresados en los seis meses previos. Los Servicios más consultados fueron Hematología (26,1% de las interconsultas), Dermatología y Cardiología (10,7% cada una), Rehabilitación (9,8%) y Cirugía Vascular (6,15%).

G-058**CASUÍSTICA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ANTES Y DESPUÉS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y CMBD**

F. Díez, A. Lazo, B. Cervantes, A. Collado, A. Barnosi, F. Gámir, J. Montes y L. León

Medicina Interna. C.H. Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Determinar si una mejora de la información proporcionada a la Unidad de Documentación Clínica en el informe de alta y en el CMBD puede modificar la complejidad y tipo de la casuística de un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio cuasi-experimental/de intervención. Se realizó un programa de intervención basado en un curso de formación y en la revisión de los informes de alta. La intervención se realizó en las Unidades de Medicina interna de tres hospitales integrados en un único Complejo Hospitalario. La eficacia de la intervención se midió por los cambios de la casuística antes y después de la misma. La variable dependiente principal fue el Peso Medio del Servicio. Se estudió la producción de los principales GRDs. Las diferentes variables se analizaron con el programa SSPS 11.5 para Windows. Para las variables cuantitativas se usaron la t de Student o la U de Mann-Witney y para las variables cualitativas la chi cuadrado. El nivel de significación estadística fue del 5%.

Resultados. El Peso Medio de la casuística de las tres Unidades de Medicina Interna tras la intervención fue de 2,07, 1,89 y 1,96 respectivamente (incremento del 13,7%, 26,8% y 16,6% respecto al año previo, $p < 0,01$). En el mismo período el peso del Complejo Hospitalario sólo se incrementó un 2,2%. Las Unidades de MI presentaron la casuística de mayor complejidad respecto al resto de Unidades de especialidades Médicas, a excepción de Nefrología. La producción de MI, medida por puntos GRD se incrementó un 37%, 26% y 9,5% en cada una de sus Unidades, y apenas cambió en el resto de Unidades de Especialidades Médicas. Tras la intervención, las Unidades de Medicina Interna produjeron el 38% de todas las altas médicas y el 45% de los todos puntos GRD médicos. La casuística de las tres Unidades de MI se modificó radicalmente, aumentando la frecuencia y reduciéndose la Estancia Media de los GRDs más complejos. Así el GRD 541 (Peso: 2,47) aumentó en frecuencia un 106%, 141% y 68% en cada uno de los Hospitales y disminuyó en Estancia media en un 38%, 39% y 27% respectivamente.

Discusión. La complejidad de la casuística de Medicina Interna está subestimada. Un programa de formación dirigido a los Facultativos que redactan las altas mejora la asignación de las mismas a un GRD concreto. La asignación correcta de pacientes al GRD correspondiente a su complejidad mejora la complejidad de la casuística y la estancia media medida por GRDs.

Conclusiones. La información generada por los médicos, necesaria para codificar adecuadamente las altas de un Servicio de Medicina Interna, puede mejorarse con un programa de intervención. La casuística resultante, medida por GRDs, refleja mejor la complejidad real y la práctica médica de la producción hospitalaria de los internistas.

G-059**ANÁLISIS DESCRIPTIVO ACERCA DEL USO DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN UNA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA**

J. Medina, J. Chirinos y V. Gracia

Unidad de Pluripatología y Atención Médica Integral. Servicio de Medicina Interna. 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El objetivo principal del estudio fue describir la cantidad de pruebas de radiodiagnóstico dentro los pacientes ingresados una unidad de pluripatología, así como el porcentaje de pruebas alteradas y normales dentro de las mismas. Los objetivos secundarios fueron describir los motivos de ingreso que requirieron dichas pruebas diagnósticas y los diagnósticos al alta de los mismos.

Material y métodos. Se han recogido datos de 153 pacientes ingresados en planta de hospitalización UPPAMI, recogiendo las pruebas radiológicas realizadas, si eran normales o alteradas, sus motivos de consulta y sus diagnósticos al alta. Estos datos se han recogido de la base de datos general de la Unidad, en FileMaker.Pro, y se han analizado con la base estadística R-Sigma.

Resultados. La media de edad de los pacientes analizados era de 72,45 años (70,95-73,96), el 59,86% de los pacientes eran varones y el 40,13% eran mujeres. En cuanto a los motivos de ingreso, 19 pacientes ingresaron por enfermedades neurológicas, 6 pacientes por síndrome constitucional, 5 por edemas, 11 por dolor abdominal, 59 por disnea y 5 por dolor lumbar. Se realizaron un total de 32 ecografías, de las cuales 8 fueron normales y 24 alteradas. En cuando a RM, se solicitaron 5, siendo el 100% de ellas patológicas. Se solicitaron 60 tomografías, siendo normales 11 y alteradas 49. Se De las ecografías realizadas, 25 fueron abdominales (78.1%), 3 fueron cervicales y 3 otros tipos de ecografía. En cuanto a las RM, 3 fueron de columna y 2 abdominales, y los TC, 29 de ellos eran cerebrales, 6 son torácicos, 7 abdominales, 19 toracoabdominales, y de otro tipo 4. Se solicitaron 26 ecocardiografías, de las cuales, fueron alteradas 23 (88.40), y se pidieron 21 ecografías doppler, de las cuales 9 fueron normales y 13 (59,09%) fueron patológicas. Los diagnósticos tras realizar las pruebas radiológicas fueron: ictus isquémico en 12 casos, ictus hemorrágico en 4 casos, neoplasia digestiva en 5, neoplasia pulmonar en 5, otros tipos de neoplasia en 8 casos y enfermedades respiratorias tipo EPOC en 19 pacientes.

Discusión. La muestra de estudio tiene una edad compatible con adultos mayores, con un ligero predominio de varones. Dentro de los motivos de ingreso, predominan ampliamente los pacientes que ingresaron por disnea, seguidos de pacientes que ingresaron por enfermedades neurológicas y por dolor abdominal. Se pidieron un total de 32 ecografías, es decir que el 20,9% de los pacientes requirieron alguna ecografía. Dentro de las mismas el 75% fueron patológicas. Llama la atención que el 100% de las RM (5 en total, que corresponde al 0,03% de los pacientes) fueron patológicas. Las tomografías realizadas fueron patológicas en un porcentaje muy elevado de los pacientes. Las ecografías cardíacas solicitadas fueron patológicas en un número elevado de pacientes, y en cuanto a las ecografías doppler, un poco más de la mitad fueron normales. Las enfermedades más prevalentes fueron enfermedades respiratorias, y enfermedades neurológicas, de los pacientes en los que se realizaron estudios diagnósticos.

Conclusiones. Las pruebas radiológicas son un importante arma en el diagnóstico de nuestros pacientes. Podemos decir que el porcentaje mayor de las pruebas resultaron patológicas y ayudaron de manera importante al diagnóstico y mejor manejo de los pacientes ingresados en nuestra unidad de pluripatología.

G-060**ANÁLISIS DE LA LABOR ASISTENCIAL DE INTERCONSULTAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

I. Méndez López¹, F. Jiménez Bermejo² y D. Etxeberria Lekuona¹

¹Medicina Interna. Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.

²Medicina Interna. Estella, Navarra.

Objetivos. Es importante observar la creciente preocupación por la labor asistencial en relación a las interconsultas recibidas realizadas por los servicios de Medicina Interna. Se ha intentado valorar cuantitativamente la carga de trabajo que conlleva para los servicios de Medicina Interna. Hay también valoraciones cualitativas que señalan la creciente complejidad de los pacientes subsidiarios. La edad, la cuantía y diversidad de enfermedades con que ingresan aún por patologías banales así como la mayor expectativa de vida de enfermedades crónicas hacen del internista elemento continuo de consulta por gran parte de los servicios de un hospital en particular de los quirúrgicos. Una observación frecuente consiste en las diferentes características de atención que se dispensa y la distinta organización del trabajo que, por sus características especiales, requiere dicha labor. Nos hemos interesado en observar cuáles son los datos de funcionamiento de la «sección» de interconsultas del servicio de Medicina Interna en un hospital terciario de 450 camas.

Material y métodos. Se han recogido de modo prospectivo los datos relativos a todos los pacientes valorados mediante el sistema de interconsultas solicitadas al servicio de Medicina Interna durante los últimos cuatro meses del año 2004 del Hospital Virgen del Camino de Pamplona. Sexo, edad, pruebas complementarias solicitadas por Medicina Interna, tiempos de demora en la solicitud/atención de las consultas, modificación de tratamiento y elaboración o no de informe de alta paralelo han sido las variables analizadas. Se han estudia-

do todas las interconsultas urgentes o no notificadas de lunas a sábado a los facultativos encargados de las mismas sin excluir ningún servicio emisor. Los pacientes de psiquiatría se encuentran en un pabellón a 300 metros del hospital general. El facultativo encargado recogía, a primera hora de la mañana y en un sitio concertado las mañanas todas las interconsultas acumuladas durante la mañana o tarde del día anterior. Caso de que por la mañana hubiese interconsulta urgente se notificaba mediante busca/(el último mes teléfono móvil) y se atendía durante esa mañana. Durante estos meses hubo un facultativo encargado de las interconsultas sustituido puntualmente en caso de ausencia laboral.

Resultados. El tiempo medio de respuesta fue de 0,98 días atendiéndose más del 75% de los pacientes el mismo día de la solicitud o al día siguiente. Fue necesario modificar el tratamiento a 124 (66%) del total solicitándose pruebas complementarias adicionales a las pedidas por el servicio origen a menos de la mitad de los pacientes. Analítica sanguínea (32.3%), de orina (9.3%), Radiología (16.1%), ECG (9.9%), Urocultivo (6.8%) y otras pruebas como hemocultivos, cultivos varios, ecografía abdominal, ecocardiograma, y tomografía computadorizada (6 pacientes) en menor porcentaje se consideraron necesarias para la correcta atención del paciente. Otras pruebas tuvieron frecuencia testimonial: Ecografía tiroidea, gammagrafía galio, Endoscopia digestiva, Estudio digestivo baritado. En un caso se solicitó colaboración a Neumología para comenzar tratamiento con BIPAP. No se realizaron otras «reinterconsultas» a otros servicios.

Discusión. Se observa tras análisis de los resultados por otras especialidades un rápido tiempo de respuesta (las peticiones del sábado o días previo a festivo eran atendidas lunes o día posterior a servicio si no eran requeridas como urgentes) sin observarse necesidad de complejas pruebas adicionales para estudio y seguimiento de los pacientes. Consideramos bajo el número de informes de alta paralelos realizados pensando en el ideal de que sean todos los pacientes que lleven un informe propio por parte de Medicina Interna. Pensamos que es importante cuidar esta labor porque supone la cara de presentación de los servicios de Medicina Interna hacia los distintos servicios en gran parte de los hospitales.

G-061 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS INTERCONSULTAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Urdanoz Zazón², F. Jiménez Bermejo¹ e I. Méndez López²

¹Medicina Interna. Estella, Navarra. ²Medicina Interna. Pamplona, Navarra.

Objetivos. Es importante observar la creciente preocupación por la labor asistencial en relación a las interconsultas recibidas realizadas por los servicios de Medicina Interna. Se ha intentado valorar cuantitativamente la carga de trabajo que conlleva para los servicios de Medicina Interna. Hay también valoraciones cualitativas que señalan la creciente complejidad de los pacientes subsidiarios. La edad, la cuantía y diversidad de enfermedades con que ingresan aún por patologías banales así como la mayor expectativa de vida de enfermedades crónicas hacen del internista elemento continuo de consulta por gran parte de los servicios de un hospital en particular de los quirúrgicos. Una observación frecuente consiste en las diferentes características de atención que se dispensa y la distinta organización del trabajo que, por sus características especiales, requiere dicha labor. Nos hemos interesado en observar cuáles son los datos de funcionamiento de la «sección» de interconsultas del servicio de Medicina Interna en un hospital terciario de 450 camas.

Material y métodos. Se han recogido de modo prospectivo los datos relativos a todos los pacientes valorados mediante el sistema de interconsultas solicitadas al servicio de Medicina Interna durante los últimos cuatro meses del año 2004 del Hospital Virgen del Camino de Pamplona. Sexo, edad, antecedentes personales, complicaciones, índice de Charlson, índice ASA en los pacientes quirúrgicos, causas de petición, servicios responsables y causa de petición han sido las variables analizadas. Se han estudiado todas las interconsultas urgentes o no notificadas de lunas a sábado a los facultativos encargados de las mismas sin excluir ningún servicio emisor. Los pacientes de psiquiatría se encuentran en un pabellón a 300 metros

del hospital general. El facultativo encargado recogía, a primera hora de la mañana y en un sitio concertado las mañanas todas las interconsultas acumuladas durante la mañana o tarde del día anterior. Caso de que por la mañana hubiese interconsulta urgente se notificaba mediante busca/(el último mes teléfono móvil) y se atendía durante esa mañana. Durante estos meses hubo un facultativo encargado de las interconsultas sustituido puntualmente en caso de ausencia laboral.

Resultados. Del servicio de traumatología procede el 30% de los pacientes. Y el 88% del total pacientes proceden de un servicio quirúrgico. De esos 186, el 45% (84) son varones y el 55% (102) mujeres. Con una media de edad de 71 años estando el 65% por encima de los 70 años. La causa de ingreso más frecuente es la fractura de cadera (23%) otras patologías médicas se consideran como segunda causa de ingreso (15%). EL 13% fue por cirugía abdominal programada y un 9,8% por infección. En un 15% de los casos existe más de una causa de ingreso. El control de pluripatología fue la principal causa de petición de valoración. 72 pacientes (33.8%). Disnea (13.1%), descompensación glucémica (8.5%), fiebre (8.9%) y una amplia miscelánea agrupada en torno a otros (13.1%) son las siguientes causas de petición. Dentro del capítulo de las complicaciones sufridas durante el ingreso figuran en primer lugar la anemia (cifras inferiores a 10 g/l), hasta un 27.1%. El 20,2% sufre descompensación glucémica, y el 19% cardíaca en forma de insuficiencia. Un índice de Charlson (valora la morbimortalidad en pacientes perquirúrgicos) de 5.06 con mínimo de 1 y máximo de 14 y el dato de que el 58% de los pacientes quirúrgicos (un 23% sin datos) tengan un ASA III o IV concuerdan con la mayor morbilidad de los pacientes de edad avanzada.

Discusión. Existe importante demanda desde los servicios quirúrgicos hacia el servicio de Medicina Interna principalmente buscando manejo general del paciente buscando prevenir descompensaciones dada su alta morbilidad. En el caso de traumatología arriesgamos la idea de establecer un sistema de colaboración más estrecho que pueda establecer protocolos de actuación ante la alta frecuencia y la similitud de los casos cuestionados. Se destaca el importante papel que una sección de Medicina Interna con especial sensibilidad hacia temas quirúrgicos (88% de las peticiones proviene de servicios quirúrgicos) pensamos podría desarrollar en nuestros hospitales.

G-062 CUANTIFICACIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO EN LAS INTERCONSULTAS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Labeaga Sierra, I. Méndez López y F. Jiménez Bermejo
Medicina Interna. Estella, Navarra.

Objetivos. Paulatinamente asciende el número y complejidad de los pacientes atendidos en nuestros servicios No es ajeno a ello la asistencia realizada sobre pacientes de otras especialidades que solicitan colaboración. Es, en muchas ocasiones, la imagen que el servicio de Medicina Interna proyecta sobre un hospital. La cuantificación de la carga de trabajo que la valoración seguimiento, tratamiento si procede y orientaciones al alta de las interconsultas se han presentado como pesos importantes en la carga de trabajo general en un servicio de Medicina Interna. Una observación frecuente consiste en las diferentes características de atención que se dispensa y la distinta organización del trabajo que, por sus características especiales, requiere dicha labor. Nos hemos interesado en observar cuál es la carga de trabajo soportada por un servicio de Medicina Interna en un hospital terciario de 450 camas desde el apartado de interconsultas recibidas por aquél.

Material y métodos. Se han recogido de modo prospectivo los datos relativos a todos los pacientes valorados mediante el sistema de interconsultas solicitadas al servicio de Medicina Interna durante los últimos cuatro meses del año 2004 del Hospital Virgen del Camino de Pamplona. Edad, sexo, número de pacientes, días de seguimiento, número de peticiones día, realización o no de informe de alta, modificación de tratamiento, tipo de petición, fueron las variables estudiadas. Se han estudiado todas las interconsultas urgentes o no notificadas de lunas a sábado a los facultativos encargados de las mismas sin excluir ningún servicio emisor. Los pacientes de psiquiatría se encuentran en un pabellón a 300 metros del hospital

general. El facultativo encargado recogía, a primera hora de la mañana y en un sitio concertado las mañanas todas las interconsultas acumuladas durante la mañana o tarde del día anterior. Caso de que por la mañana hubiese interconsulta urgente se notificaba mediante busca/(el último mes teléfono móvil) y se atendía durante esa mañana. Durante estos meses hubo un facultativo encargado de las interconsultas sustituido puntualmente en caso de ausencia laboral.

Resultados. 188 peticiones de valoración, actuación si procedía y seguimiento fueron recibidas durante los cuatro meses. Una media de 1.87 peticiones nuevas al día de las cuales el 35% se solicitaban como urgentes. A un 20% de los pacientes se les realizó informe de alta paralelo al realizado por el servicio de origen si la complejidad del caso o una minuciosa información favorecían mejor atención al paciente en su próximo destino. También en aquellos casos en que se hubiese realizado cambio sustancial de tratamiento al ingreso. Según fórmula utilizada por otros compañeros para calcular la carga de trabajo (mediana de días de seguimiento * número total de pacientes/días laborables (sábado cuenta laborable) resultan ser 11.20 el número de pacientes seguidos diariamente en interconsultas. Cada paciente se siguió una media de 6.88 días.

Discusión. Se observa tras análisis de los resultados una importante carga de trabajo requerida por otras especialidades con un seguimiento medio de casi una semana de cada paciente y que en algún caso llegó a los 48 días. La labor, necesariamente, a demanda por parte de otras especialidades, las revisiones continuadas en la casi totalidad de los casos, la, deslocalización de los facultativos al tener que desplazarse por el hospital así como posibles cambios de hábito de trabajo según la «tradición» de actuación en las plantas requeridas hacen que la carga de trabajo, ajena a una rutina pueda percibirse como más estresante. Nos planteamos si los servicios de Medicina Interna que progresivamente ven aumentadas el número de peticiones de colaboración por parte de otros pueden beneficiarse de la formación de secciones de Interconsultas. Las características especiales de estos pacientes, del propio trabajo y el continuo contacto con el resto de especialidades ofrecen una oportunidad para mejorar la labor e imagen de nuestros servicios en el engranaje hospitalario.

INSUFICIENCIA CARDÍACA

IC-001

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

D. Etxebarria Lekuona¹, J. Sánchez Álvarez¹, A. Alonso Gutiérrez², R. Labeaga Sierra¹, R. Campos Rivas¹, R. Ancín Viguiristi³, M. Muniesa Zaragoza¹ y O. Ateka Barrutia¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Preventiva, ³Cardiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.

Objetivos. 1) Medir con el Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), la calidad de vida (CV) de los pacientes con ≥ 65 años ingresados en el S^o de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino (HVC), que presentan insuficiencia cardíaca (IC) en clase funcional III-IV de la NYHA. 2) Medir la asociación estadística de la puntuación en el MLHFQ con parámetros que pueden influir en la CV. 3) Identificar los parámetros que se asocian con más fuerza con la CV.

Material y métodos. Criterios de inclusión: criterios Framingham/Clase funcional III-IV NYHA/ ≥ 65 años/Folstein > 17 puntos/Ausencia SCA/Expectativa vida > 6 meses/Ausencia enfermedad que suponga un factor de confusión. Pruebas: Folstein/Datos demográficos-comorbilidad/MLHFQ, versión en castellano del «Mapi Research Institute»/Mini-Nutritional Assessment (MNA)/Lawton y Brody/Katz/Yesavage/Bioquímica/Ecocardiograma. Análisis estadístico: La variable resultado principal es la puntuación en el MLHFQ. Se ha utilizado el test de la U de Mann-Whitney, coeficientes de correlación de Spearman, y un modelo de regresión lineal múltiple, utilizando un algoritmo stepwise de selección auto-

mática de variables, con probabilidades de entrada y de salida de 0,15.

Resultados. Entre septiembre del 2004 y marzo del 2005 hubo 114 casos de IC, de los que 34 fueron incluidos en el estudio. Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa con la CV para la depresión (Yesavage), la fracción de eyección del VI (FEVI), la edad y la albuminemia (ver tablas).

Discusión. A pesar de la elevada edad media y comorbilidad la CV media es buena. Esto se puede justificar por el hecho de que los otros parámetros que podían influir negativamente en la CV dan buenas puntuaciones. La depresión se ha asociado intensamente con la CV como un factor que la empeora. También hay una asociación estadísticamente significativa de la FEVI con la CV en el análisis multivariante, y de la edad y la albuminemia con la CV en el análisis univariante. El aumento de la FEVI y de la albuminemia mejorarían la CV y el de la edad la empeoraría. El tamaño muestral hace que disminuya la potencia estadística del estudio y que los resultados del análisis multivariante deban aceptarse con cautela.

Conclusiones. 1) La calidad de vida medida mediante el MLHFQ de los pacientes de la muestra es buena. 2) En la muestra, la CV se asocia con la depresión, la edad, la FEVI y la albuminemia.

Asociaciones significativas entre variables cualitativas y el MLHFQ.

| | Yesavage | FEVI |
|-----|----------|-------|
| rho | 0,28 | -0,38 |
| p | 0,0001 | 0,03 |

Análisis multivariante.

| Variable | Coficiente | IC 95% | p |
|--------------|------------|--------------|------------|
| Yesavage | 5,76 | 3,65, 7,88 | $< 0,0001$ |
| Edad | 1,33 | 0,43, 2,23 | 0,0008 |
| Albuminemia | -1,92 | -3,28, -0,57 | 0,01 |
| Comorbilidad | -2,40 | -5,18, -0,38 | 0,10 |
| FEVI | -0,29 | -0,66, 0,09 | 0,15 |

IC-002

UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE NT-PROBNP EN LA FASE AGUDA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Mena¹, J. Recio¹, T. Fernández de Sevilla¹, R. Segura², J. Alegre¹, S. Martínez², T. Soriano¹ y C. Alemán¹

¹Medicina Interna, ²Bioquímica. Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Determinar la utilidad diagnóstica y pronóstica de una única determinación de NT-proBNP en el momento del ingreso en pacientes con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca (IC).

Material y métodos. Diseño: estudio clínico-analítico prospectivo de una cohorte de enfermos con insuficiencia cardíaca. Pacientes: enfermos consecutivos que accedieron a participar de manera voluntaria y con el diagnóstico clínico al ingreso (criterios de Framingham) de IC en un servicio de MI de un Hospital terciario de Barcelona. En las primeras 24 horas se realizó una extracción para la posterior determinación de NT-proBNP. Se cumplimentó un cuestionario de recogida de datos: filiación y demografía, etiología de la IC, tratamiento de IC, ingresos previos, valores de rutina de laboratorio (función renal, ionograma, hemograma), fracción de eyección y/o presencia de alteración diastólica determinada mediante ecocardiograma. Tras el alta hospitalaria los enfermos acudieron a control a consultas externas al mes, tres, seis y doce meses, valorando la situación clínica (bien, reingreso o fallecimiento) Análisis estadístico: Estudio descriptivo de las variables expresados en forma de media y desviación estandar. Los valores de NT-proBNP se expresan como media (desviación estandar). Se ha utilizado la prueba de Kruskal-Wallis, para un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 106 enfermos de diciembre de 2002 a junio de 2003. La edad media fue de 74,4 (9,4) años. El 50% eran mujeres. La etiología de la IC era cardiopatía isquémica en el 33%,

hipertensiva en el 26,4% y valvular en el 17%. Un tercio de los enfermos había ingresado previamente por reanudación de IC. El 44,3% de los enfermos se hallaba en clase funcional III de la NYHA. El 50,7% de los enfermos tenía FEVI inferior al 45%. 6 (5,6%) enfermos fueron excluidos por descartarse la existencia de IC mediante revisión de diagnóstico clínico, ecocardiografía y valores de NT-proBNP (inferiores a 500). Los valores de NT-proBNP en el resto fueron de 3692 (7727). No se encontraron diferencias significativas entre los valores de NT-proBNP ni con etiología de la IC, ni los hallazgos ecocardiográficos, ni la clase funcional, así como con los ingresos ni la mortalidad durante el periodo de control.

Discusión. La utilidad de NT-proBNP en el diagnóstico de la disnea aguda de origen cardiológico está bien establecida. En la población habitualmente atendida en los servicios de Medicina Interna no está claramente definido el valor de la determinación de NT-proBNP en el momento del ingreso.

Conclusiones. 1. La determinación de NT-proBNP motivo el cambio de diagnóstico y tratamiento en pacientes que recibían polimedición por este motivo. 2. Una única determinación en el momento del ingreso no es útil para diferenciar grupos de riesgo en pacientes con insuficiencia cardiaca.

IC-003

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN DIFERENTES SERVICIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Guisado Espartero, P. Salamanca Bautista, O. Aramburu Bodas, J. Arias Jiménez y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna (B). Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Comparar las características clínicas y valorar las diferencias de los pacientes ingresados por Insuficiencia Cardiaca (IC) en todos los Servicios que los atienden en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Material y métodos. Recogida de los informes de alta de todos los pacientes ingresados del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2003, cuyas claves de diagnóstico principal según la CIE-9 fueron: 398.91 (IC reumática), 428 (IC) ó 518.4 (Edema agudo de pulmón). Elaboración de una base de datos con las variables clínicas a estudiar. Análisis estadístico con el programa SPSS v13.0.

Resultados. Se recogieron un total de 541 episodios correspondientes a 453 pacientes que ingresaron en los siguientes Servicios: Medicina Interna (76,5%; -en el Servicio B el 32,3%-), Cardiología (10,4%), Unidad de Estancias Cortas -UEC- (11,5%) y Otros (1,7%). El 52,3% de los episodios corresponden a mujeres y el 47,7% a hombres, con Edades Medias respectivas de 74,6 y 71,5 años. De área urbana eran el 52%. Los meses de mayor incidencia fueron de Febrero a Mayo y de Septiembre a Diciembre, y los de menos ingresos Junio y Julio. Pluripatológicos eran el 78% (con una enfermedad asociada el 41%, con 2 el 27%, con 3 el 8% y con 4 o más el 2%). El 70% eran hipertensos, el 49% diabéticos, el 27% padecían EPOC, patología del SNC presentaban el 18%, Insuficiencia renal crónica el 10% y Hepatopatía el 4%. Más de un ingreso (de 2 a 8) presentaron un total de 67 pacientes. Los factores desencadenantes del ingreso fueron: desconocido (25%), infección (25%), isquemia miocárdica (18%), arritmias (15%). La incidencia de anemia fue del 27%. El grado de la NYHA al ingreso fue: II en el 5%, III en el 47% y IV en el 48%. El síntoma predominante era la disnea en diversos grados (98%), seguido de los edemas (54%). La etiología principal de la enfermedad cardiaca fue: isquémica (23%), hipertensiva (21%), valvular (13%). En los casos que disponían de Ecocardiograma, el 34% tenían disfunción sistólica, el 24% diastólica y el 14% ambas. La Estancia Media global fue de 11,1 días. Altas a domicilio fueron el 92% y éxitus el 5,7%. Por Servicios, encontramos diferencias significativas entre Medicina Interna vs Cardiología en: Edad Media (74 vs 68 años), Sexo (Hombres: 45% vs 66%), Estancia Media (11 vs 16 días) y Etiología de la IC (Hipertensiva vs Isquémica). Otras diferencias -tendencias- fueron: Pluripatológicos (75% vs 63%) y Tipo de Disfunción (Diastólica vs Sistólica). El tipo de paciente atendido en UEC se asimiló más al perfil del de Medicina

Interna, pero con predominio del grado III de la NYHA (58%) y Estancia Media de 3,9 días.

Discusión. La IC es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario y estos pacientes son atendidos mayoritariamente en los Servicios de Medicina Interna y Cardiología. En nuestro Hospital la proporción de ingresos en Medicina Interna respecto a Cardiología es de 7:1. El perfil del paciente de uno y otro servicio es diferente, siendo el de Medicina Interna en mayor proporción mujer, de mayor edad, con cardiopatía hipertensiva, disfunción diastólica y con pluripatología; y el que ingresa en Cardiología suele ser varón, más joven, con cardiopatía isquémica, disfunción sistólica y con menor comorbilidad. La Estancia Media fue significativamente inferior en Medicina Interna, y las causas pueden ser múltiples: distinto perfil de paciente, necesidad de diferentes protocolos de estudio, y quizás también diferentes formas de gestión. La mayoría de los resultados de nuestro estudio concuerdan con los de otros autores nacionales e internacionales, sobre todo en lo referente al distinto tipo de paciente atendido por el médico internista y el cardiólogo.

Conclusiones. El papel de los Servicios de Medicina Interna de nuestro Hospital en la atención al paciente con IC es claramente predominante. El tipo de paciente atendido en Medicina Interna presenta diferencias con el ingresado en Cardiología, al ser de más edad, predominio de mujeres, mayor pluripatología, con mayor frecuencia de la etiología hipertensiva y la disfunción diastólica. La estancia media del ingreso es significativamente inferior en Medicina Interna.

IC-004

DIFERENCIAS ENTRE INTERNISTAS, CARDIÓLOGOS Y OTROS ESPECIALISTAS EN EL MANEJO HOSPITALARIO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

P. Salamanca Bautista, E. Guisado Espartero, J. Arias Jiménez, O. Aramburu Bodas y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna (B). Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. En nuestro Hospital, el perfil clínico de paciente con Insuficiencia Cardiaca (IC) ingresado en Medicina Interna (MI) difiere del atendido en Cardiología y otras unidades. Hemos querido valorar la existencia de diferencias en los métodos diagnósticos y en el tratamiento de dichos pacientes en función del servicio que los atiende.

Material y métodos. Recogida de los informes de alta de los pacientes ingresados en 2003 en el H. Virgen Macarena con diagnóstico principal de IC (códigos CIE-9: 398.91, 428 ó 518.4). Elaboración de una base de datos con las pruebas complementarias e indicaciones terapéuticas al alta. Análisis estadístico con el programa SPSS v13.0.

Resultados. Se recogieron un total de 541 episodios (453 pacientes), con la siguiente distribución y Estancia Media por Servicio: Cardiología - 56 casos, 16,8 días; nuestro S° de MI (MI-B) - 175 casos, 11,2 d.; otros S° de MI - 239 casos, 12,4 d.; Unidad de Estancias Cortas (UEC) - 62 casos, 4,3 d.; (Otros S° - 9 casos). En la TABLA 1 presentamos los datos de realización de pruebas complementarias y algunos resultados de las mismas, y en la TABLA 2 se muestran los fármacos prescritos como tratamiento al alta, por Servicio. Respecto a la indicación de medidas higiénico-dietéticas en el informe de alta: Dieta se recomienda en 72-79%, y otro tipo de medidas en escasa proporción, entre el 2% en Cardiología y 14% en MI.

Discusión. Los pacientes de MI tienen más anemia (mayor edad y pluripatología). En UEC ingresan sobre todo los descompensados por FA (previsible más rápida compensación). En Cardiología hay más casos con Tpn T elevada y EAP (perfil isquémico), y se demandan más ecocardiografías. En los informes de alta de MI y UEC se describen más y mejor el ECG y Rx Tórax. En Cardiología se utilizan más los B-bloqueantes, ARA-II y ACO, y menos la Digoxina que en MI.

Conclusiones. En nuestro Hospital, los pacientes con IC ingresan en diferentes Servicios según su perfil clínico. La utilización de medios diagnósticos presenta variaciones relacionadas con el tipo de paciente y con diferencias en los protocolos diagnósticos durante la estancia hospitalaria. Los fármacos prescritos por Cardio-

logía tienen un perfil más cercano a las evidencias relativas al tratamiento de la IC, pero en todos los Servicios se infrautilizaban medicamentos de utilidad demostrada en esta enfermedad en el año 2003.

Tabla 1. Pruebas complementarias y resultados por servicio (%).

| | Anemia Tpn T alta | ECG | FA/BRI | Rx Tórax/EAP | Ecocardio Actual/previo | |
|----------|-------------------|-----|--------|--------------|-------------------------|---------|
| Cardio | 18% | 57% | 79% | 39%/14% | 64%/22% | 61%/18% |
| MI-B | 31% | 34% | 89% | 41%/14% | 89%/10% | 51%/13% |
| MI-Otros | 29% | 37% | 88% | 50%/13% | 92%/10% | 48%/14% |
| UEC | 16% | 4% | 98% | 64%/19% | 93%/5% | 16%/11% |

Tabla 2. Fármacos indicados al alta, por servicios (%).

| | Diuréticos | IECAS | B-Bloq | ARA-II | Digoxina | Espirinol | ACO |
|----------|------------|-------|--------|--------|----------|-----------|-----|
| Cardio | 93% | 59% | 24% | 11% | 33% | 50% | 57% |
| MI-B | 96% | 67% | 15% | 4% | 43% | 51% | 38% |
| MI-Otros | 92% | 56% | 8% | 6% | 46% | 38% | 40% |
| UEC | 97% | 63% | 11% | 8% | 63% | 45% | 58% |

IC-005

UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE BNP Y NT-PROBNP EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON DISNEA

G. Eroles Vega¹, M. Muñoz Pérez², F. Gil Gil¹, J. Jusdado Ruiz-Capillas¹, J. Solís Villa¹, C. García Lacalle² y B. Chulvi Calvo¹

¹Medicina Interna, ²Bioquímica Clínica. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Objetivos. Evaluar la utilidad de la determinación de BNP y NT-proBNP en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (ICC) en pacientes con disnea

Material y métodos. Se determinaron los valores de BNP (Quimio-luminiscencia: Advia- Centauro; Bayer) y NT- proBNP (ECLIA: Elecsys 2010; Roche) al ingreso, en 66 pacientes con disnea (edad media: 74.8 ± 12.4 años; 36 hombres). Se registró el diagnóstico de ingreso de cada paciente (DXING) y cada historia se revisó tras el alta, independientemente, por dos internistas (diagnóstico postevaluación: DXPOSTEV); en caso de discordancia, la historia se reevaluó por un tercer internista. Los clínicos desconocieron los resultados de las determinaciones de BNP y NT- proBNP hasta el final del estudio. Se analizó el Área Bajo la Curva (ABC) para cada test; se consideraron como puntos de corte: 100 pg/ml (BNP) y 400 pg/mL (NT- proBNP). Se analizó la concordancia entre DXING y DXPOSTEV (coeficiente kappa); en caso de discordancia se comprobó si el valor de BNP y/o de NT- proBNP permitía clasificar correctamente cada paciente.

Resultados. Los 66 pacientes se distribuyeron en dos grupos: pacientes con IC (grupo I) (n: 42) y sin IC (n: 24) (grupo II). En el grupo I, la etiología de la IC se estableció en 95.2% de los casos; en 26% de los paciente existían 2 ó más causas de IC; las causas más frecuentes fueron: miocardiopatía hipertensiva (36%), cardiopatía isquémica (33%), valvulopatías de grado moderado/severo (28%), miocardiopatía dilatada idiopática (7%), arritmias (como única causa de IC: 7%). En el grupo I, el estado funcional según la NYHA fue: 24% grado I, 26% grado II, 31% grado III, 14% grado IV, 7% no determinado// Los valores (Me y RIQ) de BNP fueron: 305.4 (143.7 - 527.8) pg/ mL (grupo I) y 96.6 (30,8-1314) pg/ mL (grupo II) y de NT- proBNP fueron 2639 (1395-6695) pg/mL (grupo I) y 639 (174 - 1135) pg/ mL(grupo II); mediante regresión lineal múltiple (ajustando por edad y sexo) se comprobó que las diferencias entre los grupo I y II tanto para BNP como NT- pro BNP fueron estadísticamente significativas (p < 0,003).El ABC para BNP: 0,86 (ic 95%: 0,78- 0,95); se consideró un cut- off de 100 pg/mL

(S: 88.1%; E: 62.5%) para descartar IC y de 500 pg/mL para confirmar diagnóstico de IC (S: 26.2%, E: 100%).El ABC para NT-proBNP: 0,86 (ic 95%: 0,77- 0,95); se consideró un cut- off de 400 pg/mL (S: 97.6%; E: 33.3%) para descartar IC y de 1500 pg/mL para confirmar diagnóstico de IC (S: 73.8%, E: 87.5%), aunque un valor de 4000 pg/mL es el que revela sensibilidad y especificidad similares al punto alto (500 pg/ mL) de BNP (S: 38.1% y E: 100%). El coeficiente kappa entre DXING y DXPOSTEV (obtenidos mediante evaluación clínica) fué 0,8 (p < 0,0001) que correspondió a una concordancia de 91%. En los 6 casos en que no hubo concordancia entre DXING y DXPOSTEV, el valor de BNP clasificó correctamente 5 casos (83%) y el valor de NT- proBNP 3 casos (50%). La concordancia entre DXING y DXPOSTEV aumentó a 98.5% con la determinación de BNP y a 95.4% con la determinación de NT- proBNP.

Conclusiones. 1) En pacientes con disnea, la determinación de BNP y NT- proBNP mejora la fiabilidad del diagnóstico de insuficiencia cardíaca. 2) Puede ser particularmente útil en pacientes con factores de riesgo para insuficiencia cardíaca y otra patología asociada (neumonía, BNCO, etc) cuyo síntoma dominante sea la disnea.

IC-006

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 1999-2004

L. Bernácer, A. Artigues, M. Sanz, J. de Otero, M. Payeras, M. Picón, M. Rada y C. Parga

Medicina Interna. Fundación Hospital Manacor. Manacor, Baleares.

Objetivos. La insuficiencia cardíaca (IC) es una patología prevalente en los Servicios de Medicina Interna y supone un problema asistencial de gran magnitud por su elevada morbimortalidad y el consumo de recursos sanitarios. El análisis de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) permite extraer conclusiones y comparar nuestros pacientes con otros de similares características respecto a edad, sexo, diagnóstico principal, procedimientos y co-morbilidades. Los GRDs 544 y 127 incluyen la mayoría de procesos patológicos englobados bajo concepto de IC. El objetivo del trabajo es analizar los resultados de comparar la actividad asistencial del servicio de medicina interna, con cardiología, el Benchmarking (mejor hospital grupo de referencia) y el standard del antiguo Insalud.

Material y métodos. Estudio retrospectivo-analítico, realizado en un Hospital Comarcal de 200 camas, ámbito rural, con población de referencia de 145.000 habitantes, frecuentación de urgencias 55.000 pacientes/año e ingresos en Medicina Interna 2.300 pacientes/año. El Hospital fue el primero que se constituyó al amparo de las nuevas formas de gestión y ha sido reconocido con 4 Top20 hospitalarios, un Top20 traumatología, un Top20 cardiología, y ha desarrollado sistemas de gestión de la calidad basados en EFQM y certificación ISO. El Servicio esta formado por 6 médicos adjuntos y un Jefe de Área compartido con el resto de especialidades. Se han analizado los datos de la actividad asistencial específicamente del GRD 127 y 544 en hospitalización desde 1999 hasta 2004. La información se ha obtenido del Servicio de control de Gestión IAS-SIST 98@ y un sistema de información interna del servicio. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo calculando estancias medias, frecuencias relativas y absolutas y técnicas no paramétricas para la inferencia estadística.

Resultados. Durante el periodo de estudio se han incluido 1.781 pacientes con IC. El 71% fueron ingresados en Medicina Interna. El perfil del paciente atendido en Medicina Interna era mayor (Edad Media Mir 82 vs 69 Car), mujer (Sexo Mujer Mir 66% vs 41% Car) y mayor comorbilidad (Mir 86% vs Card 29%). El resumen de los estadísticos descriptivos para el GRD 544 y 127 por servicio se refleja en las tablas adjuntas.

Conclusiones. Dos de cada tres pacientes con insuficiencia cardíaca que ingresan en un Hospital, son tratados por un internista. Estos pacientes presentan un perfil clínico distinto al atendido en cardiología, con mayor, edad, comorbilidad y dependencia social que explicaría las diferencias en la estancia media.

Tabla 1.

| | MIR | CAR | TOTAL |
|---------|------|-----|-------|
| GRD 127 | 665 | 361 | 1026 |
| GRD 544 | 593 | 162 | 755 |
| TOTAL | 1258 | 523 | 1781 |

Tabla 2.

| | EM | Bench | difEM | impacto | insalud | difEM | impacto |
|--------|-----|-------|-------|---------|---------|-------|---------|
| 127mir | 6.6 | 6.1 | 0,5 | 332 | 7.92 | -1.32 | -878 |
| 127car | 5.6 | 6.1 | -0,5 | -180 | 7.92 | -2.32 | -837 |
| 544mir | 8.1 | 7.5 | 0,6 | 355 | 10,7 | -2.6 | -1542 |
| 544car | 6.8 | 7.5 | -0,7 | -113 | 10,7 | -3.9 | -63 |

IC-007

FACTORES PREDISONENTES PARA LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO BETA-BLOQUEANTE EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDÍACA
M. Méndez¹, J. Comín Cloet², N. Muñoz Rivas¹, B. García² y P. Conthe¹

¹Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

²Cardiología. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos. Conocer que factores clínicos predisponen a interrumpir el tratamiento beta-bloqueante en enfermos con insuficiencia cardíaca (IC) seguidos en una unidad multidisciplinar de IC (UIC).

Material y métodos. Estudio prospectivo de 92 pacientes con IC crónica incluidos consecutivamente en una UIC en programa de titulación con beta-bloqueantes durante marzo a junio de 2005. Se ha evaluado la frecuencia de interrupción del tratamiento beta-bloqueante por intolerancia o efectos secundarios. Se ha realizado un análisis bivariable de las características clínicas basales de los pacientes con la frecuencia de interrupción del fármaco. Las variables con significación estadística se incluyeron en un análisis de regresión logística binaria.

Resultados. La edad media fue de 67,09 ± 09 años con un 65% de varones. La FEVI media 30,45 ± 9,88% y la NYHA basal media del 2,46 ± 0,69, Un 19,6% de los pacientes presento efectos secundarios al tratamiento. La descompensación de la IC apareció en 14 de los 92 pacientes y un 9,8% de los pacientes interrumpieron la toma de beta-bloqueantes por contraindicación (BAV, broncoespasmo severo). Los factores asociados a la interrupción del tratamiento fueron: la edad avanzada (75,22 ± 7,4 años vs 66 ± 10,70 años; p = 0,006) un grado funcional de NYHA avanzado (3,11 ± 0,33 vs 2,33 ± 0,68; p < 0,001), y el antecedente de EPOC (22% versus 3% p = 0,008). No hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas con la presencia de diabetes ni claudicación intermitente. En el análisis de regresión logística el grado avanzado de la NYHA presento una OR 4,97 (IC: 1,01-24,32; p = 0,0475) con la interrupción del tratamiento con beta-bloqueantes.

Conclusiones. La edad avanzada la presencia de EPOC y la clase funcional avanzada de la NYHA son factores clínicos que predisponen más a la interrupción de Beta- bloqueantes en enfermos con IC crónica seguidos en una UIC. De todos ellos la clase funcional de la NYHA es el que guarda mayor grado de asociación con la retirada del fármaco.

IC-008

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ESPIRONOLACTONA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA
R. Daroca Pérez, L. Hurtado Carrilo, M. Moreno Azofra, J. Mosquera Lozano y A. Orive Brea

Medicina Interna. Hospital San Millán. Logroño, La Rioja.

Objetivos. Conocer el grado de adecuación en el uso de espiro lactona (E) en la insuficiencia cardíaca (IC) con respecto a su indica-

ción, dosis y consideración de los factores de riesgo de hiperpotasemia.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes dados de alta en nuestro hospital en el período de julio a diciembre de 2004 con el diagnóstico de IC y en tratamiento con E. Se revisaron la correcta indicación del tratamiento (disfunción sistólica y clase funcional (CF) III-IV) y los factores favorecedores de hiperpotasemia.

Resultados. Se revisaron 180 pacientes con IC de los cuales 52 (28,8%) recibieron tratamiento con E. El 50% de ellos eran varones y la edad media fue de 79,4 ± 10,3 años. 67,3% fueron ingresados en Medicina Interna y 30,8% en Cardiología. 63% tenían disfunción sistólica. Se hallaban en CF III-IV el 61,5%. Se consideró correctamente indicado el tratamiento en el 51,9%. La dosis de E fue de 25 mg. en el 61,5% y 50 mg o más en el resto. El 38% tenían indicación y dosis correcta. En el 98% de los casos existía algún factor de riesgo de hiperpotasemia y en el 59% existían tres o más factores; los factores de riesgo más frecuentes fueron: edad > 80 años (67,4%), dosis de E > 25 mg. (38,5%), insuficiencia renal (17,3%).

Discusión. Tras la publicación del estudio RALES se ha incrementado el uso de E en la IC. Sin embargo se han publicado datos de un posible aumento de efectos secundarios, sobre todo hiperpotasemia, que podrían incrementar las hospitalizaciones y la mortalidad. En nuestro estudio se observa que, en un elevado porcentaje, ni la indicación ni las dosis de E se ajustan a dicho ensayo clínico. Las circunstancias clínicas que favorecerían la hiperpotasemia están presentes en casi todos los pacientes, y en más de la mitad de ellos hay varios factores asociados, lo que hace elevado el riesgo de hiperpotasemia.

Conclusiones. El uso de E en la IC debe ajustarse a las indicaciones precisas de los ensayos clínicos y se deben tener en cuenta las condiciones favorecedoras de hiperpotasemia, para obtener los efectos beneficiosos de este tratamiento.

IC-009

EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Riera¹, S. Millán¹, B. De la Fuente¹, T. Muñoz¹, D. López Gómez², A. Sánchez², M. De Miguel² y F. Bella¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. 1) Conocer las características clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca (IC) y su evolución. 2) Estudiar factores predictivos de reingreso y mortalidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna con diagnóstico principal de IC durante el año 2002. Se recogieron datos clínicos, exploraciones complementarias y el tratamiento al alta. Se llevó a cabo un seguimiento personalizado, mediante historia clínica o contacto telefónico, hasta septiembre de 2004 (con una media de 1.78 años). Se realizó un análisis multivariante de los factores pronósticos de reingreso y mortalidad.

Resultados. Durante el año 2002 se registraron 166 pacientes con diagnóstico principal de IC, con un total de 252 ingresos, lo que representa el 8,2% del total de ingresos en nuestro Servicio y el tercer motivo de ingreso. Un 56% eran mujeres. La edad media era de 78.6 años (rango 38-98), un 82.5% eran mayores de 70 años y el 47% eran mayores de 80, La media de las cifras de hemoglobina (Hb) y creatinina (Cr) al ingreso fue de 11.4 g/dl y 1.44 mg/dl, respectivamente. Un 44.6% tenía anemia (Hb < 12 g/dl) y el 51.8% presentaba insuficiencia renal (Cr > 1.52 mg/dl), que en un 4.2% era de grado avanzado (Cr > 2.76 mg/dl). Se realizó una ecocardiografía durante el ingreso o en los seis meses previos al 71% de los pacientes, de los cuales un 70,1% presentaba una fracción de eyección (FE) conservada (> 50%) y un 22.2% tenía una FE < 40%. Este último porcentaje era significativamente mayor (41.9%) en los pacientes con cardiopatía isquémica. Solamente 7 pacientes (4.2%) presentaban características similares a los incluidos en los principales ensayos clínicos sobre IC (menores de 70 años y FE < 40%). Las etiologías más frecuentes fueron la miocardiopatía hipertensiva (30,1%), la patología valvular (25.9%) y la cardiopatía isquémica (25.3%). En el momento del alta todos los pacientes recibían un diurético de asa, la mayoría recibían también inhibidores de la angio-

tensina (57.8%), un 34.9% digoxina y un 24.7% espironolactona. Únicamente 17 pacientes (10,2%) recibían betabloqueantes; no obstante, en el subgrupo de pacientes menores de 70 años con una FE < 40% esta proporción aumentaba hasta el 42.9%. Después de una media de seguimiento de 1.78 años (SD 0,99 años), que incluyó a 146 pacientes, se registró un 53.6% de reingresos y un 44.5% de mortalidad. La edad superior a 70 años (HR 1.048; IC 95% 1.020-1.077) y la presencia de insuficiencia renal avanzada (HR 3.944; IC 95% 1.675-9.290) resultaron factores predictivos independientes de mortalidad. La anemia (Hb < 12 g/dl) constituyó un factor predictivo de reingreso hospitalario (OR 1.87; IC 95% 1.54-5.72).

Discusión. La IC supone un importante problema sanitario, estrechamente relacionado con la edad. Su prevalencia en la población mayor de 70 años es del 10% y supone el primer motivo de ingreso. Se pueden distinguir dos grupos dentro del abanico de pacientes afectados de IC: uno de menor edad, con cardiopatía isquémica y disfunción sistólica, y otro de pacientes mayores de 70 años (mayoritariamente mujeres), con cardiopatía hipertensiva y FE conservada (con disfunción diastólica). Este segundo grupo de pacientes, en los que frecuentemente coexisten múltiples enfermedades, suele ingresar y ser controlado por internistas. Los principales ensayos clínicos representan al grupo más joven, mientras que en el segundo grupo existe menor evidencia científica sobre el uso de los fármacos empleados en la IC. Es necesario incluir en los ensayos clínicos a este segundo grupo, con una mayor complejidad y comorbilidad, con el fin de mejorar su pronóstico y el impacto sanitario que la IC supone.

Conclusiones. 1) La mayoría de los pacientes ingresados por IC en nuestro Servicio presentan edad avanzada, miocardiopatías hipertensiva ó isquémica y una función sistólica conservada. 2) Son enfermos con una elevada morbi-mortalidad y que, mayoritariamente, están excluidos de los principales ensayos clínicos. 3) Los pacientes de mayor edad, con insuficiencia renal avanzada o anemia tienen una peor evolución.

IC-010

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ANCIANOS: UNA VISIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Duaso¹, M. Díez Caballero², G. Carbonell², M. Navarro², E. Arroyo², F. Martínez² y F. Formiga³

¹Medicina Interna. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ²Atención Primaria. Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ³Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet del Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Evaluar en un grupo de pacientes ancianos que habían recibido educación en el ámbito ambulatorio sobre la insuficiencia cardíaca (IC) y su tratamiento, si se conseguía mejorar la cumplimentación y el manejo de la enfermedad.

Material y métodos. Estudio de seguimiento en > 69 años con IC (Criterios Framingham), independientes para actividades básicas (Barthel > 90), sin deterioro cognitivo (Pfeiffer < 3 errores), visitados en 6 Centros de Atención Primaria. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad (Charlson), tipo IC, clase funcional (NYHA), ingresos hospitalarios por IC, cumplimentación del tratamiento farmacológico y dietético y se revaloraba el tratamiento con el objetivo de optimizarlo.

Resultados. Se incluyeron 66 pacientes (57,6% mujeres) con una edad media de 78,5 años. Charlson 2.3. El 72,7% con hipertensión arterial, 50% displicémicos y 36,4% diabéticos. El 42,4% tenía fibrilación auricular. Respecto a la etiología 39,3% cardiopatía hipertrófica, 25,8% cardiopatía isquémica y el resto otras. En los pacientes con ecocardiograma: IC Diastólica: 46%; Sistólica: 20,6%. La clase funcional NYHA era: I 29,2%, II 55,4%, III 15,4%. El 36,4% se identificaron como incumplidores. Al año de seguimiento se consiguió reducir significativamente el porcentaje de pacientes incumplidores (36,4% vs 1,5%; p < 0,0001). Al evaluar el subgrupo de pacientes con más de un ingreso en el año previo, los episodios de reingresos pasaron de 1,4 a 0,4 (p < 0,001) objetivándose además en estos pacientes una reducción de la estancia media hospitalaria (de 11 a 5 días; p = 0,009). Respecto al tratamiento se consiguió aumentar el nivel de la prescripción en el grupo de los betabloqueantes a casi el doble (15% vs 29%) sin alcanzar significación estadística (p = 0,09).

Discusión. La formación en IC del anciano y posterior seguimiento ambulatorio, supone un mejor manejo de la enfermedad.

Conclusiones. Al año de seguimiento, tras educación e intervención ambulatoria, se aprecia mayor cumplimentación terapéutica y una mayor prescripción de betabloqueantes y reducción de reingresos y estancias.

IC-011

EVALUACIÓN PRONÓSTICA DEL PROPÉPTIDO DE PROCOLÁGENO TIPO I EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

F. Ruiz Ruiz¹, J. Morales Rull¹, P. Lasierra Díaz², A. Flamarique Pascual¹, M. Sánchez Marteles¹, P. Sampérez Legarre¹, F. Ruiz Laiglesia¹ y J. Pérez Calvo¹

¹Medicina Interna, ²Laboratorio de Inmunología.

Clinico Universitario. Zaragoza.

Objetivos. En los últimos años ha aumentado el interés por conocer la utilidad de los productos de síntesis y degradación del colágeno en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad pronóstica del propéptido de procolágeno tipo I (PIP) en pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna por IC descompensada.

Material y métodos. Se tomó una muestra de 111 pacientes, ingresados por este motivo, y se realizó la determinación de PIP en las primeras 72 horas de ingreso. Tras el alta se realizó un seguimiento medio de 21 meses, registrándose los reingresos por descompensación de la IC y las muertes atribuidas a esta causa.

Resultados. La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 73.45 ± 7.95 años, siendo mujeres el 46.8% de la muestra. La cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial fueron las causas principales de IC en estos pacientes. La concentración de PIP en estos pacientes fue de 80,84 ± 36,40 ng/mL, no existiendo diferencia en función de la edad, sexo o etiología. El 18% presentaban una clase funcional basal de III-IV de la NYHA, con concentraciones más elevadas de PIP, aunque sin significación estadística. Durante el seguimiento 54 pacientes presentaron nuevos episodios de descompensación y 22 fallecieron por causas relacionadas con su IC. Utilizando el modelo de riesgos proporcionales de Cox, se identificaron como marcadores pronósticos independientes para reingresos por IC la concentración de PIP (OR: 1.015, IC: 1.006-1.024) y el sexo masculino (OR: 2.079, IC: 1.078-4.000) y como marcadores pronósticos de mortalidad la concentración de PIP (OR: 1.036, IC: 1.017-1.055), la coexistencia de diabetes mellitas (OR: 6.535, IC: 1.773-23.809) y la presencia disfunción sistólica (OR: 3.623, IC: 1.079-12.195).

Conclusiones. En nuestro estudio el PIP mostró valor pronóstico para predecir reingresos y mortalidad por IC, en pacientes ingresados por este motivo. Este hecho hace que sean necesarios estudios más amplios para confirmar la utilidad del PIP en la identificación de pacientes con IC de alto riesgo de complicaciones.

IC-012

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Flamarique Pascual, J. Morales Rull, M. Sánchez Marteles, F. Ruiz Laiglesia, J. Navarro Calzada, P. Samperiz Legarre, B. Sierra Bergua y M. Amores Ferreras

Medicina Interna. Clinico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Valorar la calidad asistencial en los pacientes que ingresan en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario con diagnóstico al alta de Insuficiencia Cardíaca. Usando para ello un indicador de proceso como es la realización de un ecocardiograma en el momento del diagnóstico y tres indicadores de resultado: Información y educación sanitaria a pacientes y familiares, indicación de tratamiento no farmacológico recogido en el informe de alta y reingreso precoz.

Material y métodos. Se revisa la historia clínica y el informe de alta de 92 pacientes consecutivos ingresados entre los meses de noviembre del 2004 y julio del 2005 en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario.

Resultados. De los 92 pacientes, al 80,43% se les ha realizado un ecocardiograma al ingreso o en los 6 últimos meses. De aquellos a los que no se les ha hecho 6, 52% (6 pacientes) fueron éxitus durante el ingreso. Al 100% de los pacientes se les entregó hoja de recomendaciones no farmacológicas. Excluidos los éxitus durante el ingreso que fueron el 9,78% (9 pacientes); los reingresos precoces (menos de 30 días desde el alta) fueron un 8,43% (7 pacientes). En el 100% de los pacientes está incluido en el informe de alta las recomendaciones en cuanto al género de vida y dieta a seguir.

Discusión. En relación a los criterios diagnósticos de Insuficiencia Cardíaca propuestos por la Sociedad Europea de Cardiología (Eur. Heart J. 2001;22:1527-60) y que consideran criterio imprescindible la realización de un ecocardiograma para el diagnóstico de Insuficiencia cardíaca; en nuestro estudio hay algunos casos en el que el diagnóstico es por criterios clínicos. En los indicadores de resultado el número de reingresos precoces resulta difícil valorar su relevancia porque no hay un estándar claramente definido y habría que compararlo con estudios similares.

Conclusiones. La mayoría de nuestros pacientes cumplen los criterios de diagnóstico de la Sociedad Europea de Cardiología. En el 100% de los pacientes se les ha informado de las medidas no farmacológicas del tratamiento y de los síntomas de alarma como figura en el informe de alta. El porcentaje de reingresos precoces habría que compararlo con estudios similares porque no hay un estándar claramente establecido.

Reingreso precoz (menos de 30 días).

| | |
|----|----|
| Sí | 7 |
| No | 76 |

IC-013

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Sierra Bergua, A. Flamarique Pascual, J. Navarro Calzada, J. Morales Rull, M. Sánchez Marteles, F. Ruiz Ruiz, F. Ruiz Laiglesia y J. Pérez Calvo

Medicina Interna. Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Describir las características clínicas y terapéuticas de los pacientes que cumplen criterios clínicos de Insuficiencia Cardíaca ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital terciario.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo de 105 pacientes consecutivos con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca entre los meses de noviembre del 2004 y julio del 2005 (ambos inclusive). Para la recogida de datos se emplea una base de datos propia realizada en el programa microsoft access. Para el cálculo de los datos se utiliza el programa estadístico Statview.

Resultados. La edad media es de 79,57 (SD = 8,93). El 53,84% son varones. El factor de riesgo más frecuentemente asociado es la HTA 61,05% de los pacientes. La clase funcional de la NHYA más habitual con un 35,86% es el grado II. La toma media de fármacos por paciente es del 3,62 (SD = 1,369). La disfunción diastólica está presente en un 58% de los casos. Un 49,42% de los pacientes presenta una ACFA (arritmia completa por fibrilación auricular). 33,70% de los casos están anticoagulados. El precipitante de la descompensación cardíaca más constatado fueron las infecciones. El fármaco más prescrito al alta ha sido el diurético de asa con 93,25% de los pacientes. En relación a los fármacos que han demostrado aumentar la supervivencia en pacientes con Insuficiencia Cardíaca el más recetado fueron los IECAS a diversas dosis con un 62,92% de pacientes. Los B bloqueantes en un 34,83% de los casos. Espironolactona en un 23,86%. Pacientes que lleven IECAS y B bloqueantes sólo un 17,98%.

Discusión. Los pacientes que ingresan en nuestro servicio presentan una elevada edad media, con una importante pluripatología asociada y tratados con un amplio arsenal terapéutico. En relación a los ensayos clínicos destacan una serie de diferencias como son la edad claramente mayor en nuestros pacientes, el tipo de disfunción cardí-

aca siendo predominante la diastólica, la presencia de porcentaje similar de hombres y mujeres. Cabe destacar el bajo uso de los B bloqueantes en relación a lo que proponen las guías de práctica clínica, pero bastante mayor a otros trabajos similares (Torres- Gárate et al. Rev Clin Esp. 2005;25(7):322-25, Garcia A et al. Rev Esp Cardiol. 2003;56(1):49-56).

Conclusiones. La elevada edad, la comorbilidad asociada y la polifarmacia hacen que nuestros pacientes presenten una alta variabilidad en sus características clínicas y terapéuticas y ciertas diferencias en relación a los grandes ensayos clínicos en Insuficiencia Cardíaca. Predomina la Insuficiencia Cardíaca diastólica. El diurético es el fármaco más usado con diferencia pese a no mejorar la supervivencia de los pacientes. En el bajo uso de B bloqueantes pueden influir diversos factores como: la edad, la excesiva prudencia ante la aparición de efectos secundarios a los mismos, el predominio de disfunción diastólica, las escasas posibilidades de un seguimiento adecuado influenciado por la elevada presión asistencial, la poca comunicación entre atención primaria y especializada y la existencia de pacientes con EPOC asociada en un porcentaje considerable (36,84%).

IC-014

AMILOIDOSIS CARDÍACA CON DISFUNCIÓN SÍSTÓLICA SEVERA

M. Rueda Montero¹, C. Recarte García-Andrade², P. Ryan Murúa², A. Del Castillo Rueda², E. Calvo¹, T. Aldamiz¹ y J. Hens²

¹Alergología, ²Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Exponer un caso clínico donde se aprecia que el depósito cardíaco de proteína amiloide puede producir además de un incremento de la masa ventricular izquierda y una disfunción cardíaca diastólica, una disfunción de tipo sistólico en fases avanzadas.

Material y métodos. Paciente varón de 72 años diagnosticado de Polineuropatía Amiloidótica Familiar tipo I de varios años de evolución e infiltración sistémica por la proteína amiloide. Acude a nuestro hospital con un cuadro de disnea intensa y taquipnea, tos seca y desaturación que se corrige con oxígeno al 100%. En la exploración destacaba además no tener aumento de la presión venosa yugular, tonos cardíacos rítmicos y sin soplos, murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales, hepatomegalia no dolorosa, cuadriparesia distal y proximal y edemas crónicos en los cuatro miembros. Pulsos distales conservados. Cifras de tensión arterial muy bajas, alrededor de TAS: 50 mm de Hg y TAD: 30 mm de Hg, y una frecuencia cardíaca de aproximadamente 60 lpm. Pruebas complementarias: Radiografía de tórax: extenso derrame pleural bilateral con compromiso de parénquima de lóbulos inferiores por atelectasia pasiva. Electrocardiograma: arritmia cardíaca por fibrilación auricular. Ecocardiograma: se aprecia un ventrículo izquierdo severamente hipertrofiado de aspecto infiltrativo y un llenado del ventrículo izquierdo de tipo restrictivo con una fracción de eyección del 36% (disfunción sistólica importante, informada por Cardiología como severa). Análítica: Hb 9,4, Hcto 28.7%, Hematíes 2.980.000, Vit B12 163, A. Fólico 1.78, Proteínas totales 5.4, CA-125: 122.

Discusión. Los hallazgos de la exploración física y de las pruebas complementarias eran sugestivos de insuficiencia cardíaca así que pautamos un tratamiento basado principalmente en: 1. Medidas posturales - cabecera de la cama a 45°. 2. Oxígeno a altas dosis para conseguir buena saturación de oxígeno en sangre. 3. Diuréticos a altas dosis consiguiendo reducir el derrame pleural y una mejor ventilación. 4. Bomba de perfusión continua de aminos vasoactivas, a dosis alfa adrenérgicas para intentar aumentar las cifras de tensión arterial hasta aproximarse a cifras basales de TAS: 100 y TAD: 70 mmde Hg, para poder utilizar otro tipo de medicaciones como IECAS, o Espirilactona, vasodilatadores, etc. Pero lo conseguimos en contadas ocasiones, dada la tendencia de la propia enfermedad a mantener cifras de presión muy bajas.

Conclusiones. A pesar de que la patología cardíaca más prevalente en los pacientes afectos de amiloidosis sistémica es la Cardiomiopatía Restrictiva o «Síndrome del Corazón Rígido», debemos pensar también que este tipo de pacientes pueden presentar en un determinado momento una disfunción de sistólica. Como se puede apreciar en nuestro caso, en que la fracción de eyección era normal en el ecocardiograma realizado en el año 2002, y sin embargo fue del

36% ,en este último ingreso en que pudo ser dado de alta con diuréticos y Espirolactona a dosis bajas.

**IC-015
METFORMINA: ¿CONTRAINDICADA REALMENTE EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA?**

L. Cornide Santos¹, E. Rojas Muñoz¹, R. Redondo Fernández¹, D. Sánchez Mateo¹, P. Rodríguez Fernández¹, E. Muro Díaz², P. Villares Fernández³ y L. Manzano Espinosa¹

¹Unidad de IC del Anciano. S. Medicina Interna. Hospital Univ. Ramón y Cajal. Madrid. ²Atención Primaria. Instituto Madrileño de la Salud. Madrid. ³S. Medicina Interna. Hospital Univ. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Tradicionalmente la metformina se ha considerado contraindicada en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) por el riesgo de acidosis láctica. En este estudio queremos evaluar la aparición de acidosis láctica en ancianos con IC y en tratamiento con metformina.

Material y métodos. De los 150 ancianos con IC que están siendo seguidos de manera ambulante en nuestra Unidad, se estudió a 13 que padecían diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) y recibían tratamiento con metformina. Se revisó a los pacientes al menos cada 3 meses (tabla 1).

Resultados. Durante el seguimiento de los 13 pacientes, incluyendo las reagudizaciones de IC, no se produjo ningún episodio de acidosis láctica. Sólo hubo necesidad de suspender transitoriamente la metformina a una paciente, debido a un episodio de insuficiencia renal aguda de origen pre-renal.

Discusión. En la actualidad, son numerosos los enfermos con IC que en la práctica clínica están siendo tratados con metformina, siendo excepcional la aparición de acidosis láctica. La ficha técnica de este fármaco contraindica su uso en pacientes con IC. No parece justificado prescindir de un arma valiosa, como la metformina, para el manejo de la DM 2 que es tan frecuente en estos pacientes, por el mero hecho de padecer IC, si ésta se encuentra bien controlada.

Conclusiones. En nuestra opinión, la IC bien controlada en clase II y con buena función renal no es contraindicación por sí misma del uso de metformina.

Tabla 1. Características de los pacientes.

| | Edad | C. funcional (NYHA) | Creat. (mg/dl) | pH | HCO ₃ (mMol/l) | Dosis de Metformina (meses) (mg/día) | Seguimiento (meses) |
|---------------------|------|---------------------|----------------|------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| Paciente 1 (varón) | 77 | II | 1,53 | 7,40 | 24,7 | 1700 | 10 |
| Paciente 2 (mujer) | 81 | III | 1,04 | 7,50 | 27,1 | 425 | 12 |
| Paciente 3 (mujer) | 72 | II | 1,02 | 7,46 | 26,9 | 850 | 3 |
| Paciente 4 (mujer) | 74 | III | 1,38 | 7,41 | 27,1 | 2550 | 4 |
| Paciente 5 (mujer) | 73 | III | 0,93 | 7,50 | 26,5 | 850 | 9 |
| Paciente 6 (mujer) | 70 | II | 0,89 | 7,42 | 28,1 | 1700 | 8 |
| Paciente 7 (mujer) | 74 | III | 0,66 | 7,44 | 29,1 | 1700 | 9 |
| Paciente 8 (mujer) | 83 | III | 0,89 | 7,43 | 36,6 | 1700 | 13 |
| Paciente 9 (mujer) | 85 | II | 1,55 | 7,42 | 24,2 | 1700 | 5 |
| Paciente 10 (mujer) | 84 | III | 1,10 | 7,45 | 35 | 850 | 4 |
| Paciente 11 (mujer) | 73 | II | 1,06 | 7,43 | 27,7 | 425 | 14 |
| Paciente 12 (mujer) | 76 | II | 1,45 | 7,41 | 21,2 | 1700 | 19 |
| Paciente 13 (mujer) | 74 | III | 1,55 | 7,40 | 27,7 | 2550 | 17 |

**IC-016
FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA**

S. Casas Rodríguez¹, O. Gasch¹, F. Formiga¹, D. Chivite² y R. Pujol¹

¹Medicina Interna. H.U. Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Medicina Interna-Geriatria. H. San Loranzo. Viladecans, Barcelona.

Objetivos. Nuestro objetivo fue estudiar los factores predictivos de mortalidad hospitalaria, presentes ya en el momento del ingreso, en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) descompensada.

Material y métodos. Se evaluaron 414 pacientes ingresados por descompensación de IC en el Hospital Universitario de Bellvitge. Se estudiaron las variables clínicas y de laboratorio presentes para predecir mortalidad intrahospitalaria.

Resultados. Se trataba de 237 mujeres (57%) y 177 varones, con una edad media de 76.2 años (10,4). La mortalidad intrahospitalaria fue del 11.1%. Identificamos 4 factores independientes para predecir mortalidad: Índice de Barthel previo [odds ratio 1.03 (95% intervalo confianza 1.01-1.04)], diagnóstico previo superior a 2 años de la IC [odds ratio 0,2 (0,08-0,77)], creatinina superior de 200 [odds ratio 3.40 (1.51-7.66)], y edema periférico bilateral [odds ratio 3.12 (1 28-7.58)]. El presentar las 4 variables se asoció a una sensibilidad del 8,7%, especificidad 100%, valor positivo predictivo del 100% y un valor predictivo negativo 90%.

Discusión. La exacerbación de la IC es uno de las causas que provoca un mayor número de ingresos hospitalarios en pacientes ancianos. La identificación de factores clínicos y de laboratorio asociados a una mayor mortalidad intrahospitalaria presentes ya en el servicio de Urgencias, pueden ayudar a la toma de decisiones.

Conclusiones. En los pacientes con un ingreso hospitalario por IC descompensada existen unas características presentes ya al ingreso (Barthel previo bajo, insuficiencia renal, edemas periféricos y diagnóstico previo de la IC de más de dos años) asociadas con una mayor mortalidad intrahospitalaria.

**IC-017
HOSPITALIZACIÓN POR DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA: VALORACIÓN DE LOS FACTORES DESENCADENANTES**

O. Gasch¹, S. Casas¹, F. Formiga¹, D. Chivite² y R. Pujol¹

¹Medicina Interna. H.U. Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Medicina Interna-Geriatria. H. San Lorenzo. Viladecans, Barcelona.

Objetivos. Identificar prospectivamente los factores que se relacionan como posibles desencadenantes de una descompensación de Insuficiencia Cardíaca (IC) que provoque un ingreso hospitalario para control de los síntomas.

Material y métodos. Se evaluaron 293 pacientes hospitalizados en el hospital Universitario de Bellvitge por IC aguda; los pacientes con 2 o más episodios sólo se incluyeron una vez. Se recogieron como posibles factores asociados con la exacerbación de la IC los siguientes (no eran mutuamente excluyentes): mala cumplimentación de la medicación, transgresión dietética, cardiopatía isquémica, tratamientos con medicamentos inapropiados, problemas emotivos, infecciones, mal control de la tensión arterial, anemia, intoxicación digitalica, y en el apartado de «otros», se agruparon procesos poco frecuentes (exceso de ingesta de alcohol, hipertiroidismo o embolia pulmonar).

Resultados. Se trataba de 176 mujeres (59%) y 120 varones con una media de edad de 76,7 años. En 221 pacientes (75%) al menos había evidencia de un factor potencialmente capaz de producir descompensación de la IC. Se detectaron 2 o más factores a la vez en 100 pacientes.

Discusión. La exacerbación de la IC es uno de las causas que provoca un mayor número de ingresos hospitalarios. La mayor parte de estos factores son potencialmente evitables lo que se podría conseguir con un seguimiento más exhaustivo de los pacientes con IC.

Conclusiones. En la mayoría de pacientes con descompensación aguda de su IC pudieron ser identificados los factores desencadenantes.

**IC-020
VALOR PRONÓSTICO DE LA TROPONINA I EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA**

J. Forteza Rey¹, A. García Raja², L. Manzano³, E. Sánchez⁴, J. Casademont⁵, M. Femenias¹, M. Parera² y M. Villalonga¹

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares. ³Medicina Interna. Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Medicina Interna. Donostia. San Sebastián, Guipuzcoa. ⁵Medicina Interna. Corporació Sanitària Clínic. Barcelona.

Objetivos. Analizar el significado pronóstico de la troponina I en fase de descompensación de la insuficiencia cardíaca en relación con la fracción de eyección sistólica

Material y métodos. Sujetos: Pacientes consecutivos que voluntariamente decidieron participar en el estudio, durante el período comprendido entre el 1 de Enero del 2003 y el 31 de Marzo del 2003 ingresados en los Servicios de Medicina Interna de 4 Hospitales españoles (subestudio NT-proBNP-SEMI) Criterios de Inclusión: ingresados con el diagnóstico de descompensación aguda de IC con diagnóstico previo de IC con función sistólica preservada o sin Ecocardiograma previo. Criterios de Exclusión: Sujetos a los que no se pudiera realizar un seguimiento posterior, a los que no se pudiera realizar el ecocardiograma, que la extracción sanguínea fuera posterior a las 72 horas del ingreso y con diagnóstico previo de IC con función sistólica deprimida. Fueron excluidos aquellos pacientes con cardiopatía isquémica clínica aguda asociada al episodio de descompensación de la IC Métodos: Registro de las variables contenidas en el registro SEMI y Ecocardiograma de rutina. El ensayo utilizado fue Access ACU Tnl. Se utilizó el paquete estadístico SPSS V10.

Resultados. Se determinó la troponina I en 237 pacientes con I.C. descompensada. La edad media era de $79,39 \pm 8,69$, Eran mujeres un 53%. La fracción de eyección estaba conservada ($> 45\%$) en el 73% de los casos. La media y la mediana del valor de la troponina I fueron 0,24 y 0,04 respectivamente. La mortalidad a los 3 meses del ingreso fue del 13%. El riesgo relativo de muerte para los pacientes con valores basales $> 0,03$ fue de 3,36 (1,38-8,15). Al comparar los dos grupos según el valor troponina I, no se observaron diferencias significativas en edad, sexo, NYHA, fracción de eyección sistólica y si en los niveles de NT-ProBNP y de creatinina (más elevados en el grupo valores elevados de troponina). Al analizar con curvas ROC el área bajo la curva de los valores de Troponina I, NT-ProBNP y Creatinina (0,72 ;0,68 y 0,67 respectivamente) el valor de Troponina fue el mejor marcador pronóstico de mortalidad a los 3 meses. Al combinar los resultados de troponina I y NT-ProBNP en superiores o inferiores a 0,03 y 2500 respectivamente, la mortalidad a los 3 meses fue de 4,4; 8,11; 9,76 y 23,33%.

Discusión. Es conocido el valor pronóstico de los péptidos natriureticos en la IC. Se ha reportado en diversas publicaciones que la existencia de cifras detectables en sangre de troponina (tanto troponina I como troponina T) es un factor de peor pronóstico de la IC. Estos niveles elevados se postula que son debido a la necrosis y la degeneración miofibrilar continua que sucede en la IC, y que podría ser expresión del proceso de remodelación ventricular. Es probable que algunos pacientes con fallo cardíaco crónico presenten una forma persistente de degradación de miocitos que se traduzca en una elevación mantenida de las troponinas que se asocia con peor pronóstico.

Conclusiones. Los valores de Troponina I en fase aguda de descompensación de Insuficiencia Cardíaca, en ausencia de cardiopatía isquémica aguda, son un marcador de mal pronóstico independientemente del tipo de Insuficiencia cardíaca (sistólica o preservada). La elevación de Troponina I asociada a niveles elevados de NT-ProBNP predice mejor el riesgo de mortalidad que solo una de las dos determinaciones.

IC-021 DETERMINACIÓN DE LA PORCIÓN C-TERMINAL DEL PROCOLÁGENO TIPO I EN PACIENTES INGRESADOS POR AGUDIZACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Villalonga Comas¹, M. Parera Rosselló², E. Sánchez³, L. Manzano Espinosa⁴, J. Casademont⁵ y J. Forteza Rey¹

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares. ³Medicina Interna. Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa. ⁴Medicina Interna. Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Medicina Interna. Clínic. Barcelona.

Objetivos. Valorar las diferencias existentes entre el valor del PIP (Procolágeno tipo I) según el tipo de IC en pacientes ancianos ingresados por episodio de insuficiencia cardíaca descompensada.

Material y métodos. Sujetos: Pacientes consecutivos que voluntariamente decidieron participar en el estudio, durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2003 y el 31 de marzo del 2003 ingresados en los Servicios de Medicina Interna de 4 Hospitales españoles (subestudio NT-proBNP-SEMI) Criterios de Inclusión: ingresados con el diagnóstico de descompensación aguda de IC con diagnóstico previo de IC con función sistólica preservada o sin Ecocardiograma previo. Criterios de exclusión: Sujetos a los que no se

podiera realizar seguimiento posterior, ecocardiograma, o que la extracción sanguínea fuera posterior a las 72 horas del ingreso y con diagnóstico previo de IC con función sistólica deprimida. Variables clínicas: Las variables contenidas en el registro SEMI y Ecocardiograma de rutina. Determinación de PIP: el ensayo utilizado fue METRA C1CP EIA Kit (Quidel Corporation) (Enzima inmunoensayo tipo sándwich).

Resultados. La determinación de C1CP se realizó en 121 pacientes con una media de edad de $80,9 \pm 8,18$, predominio de mujeres 68 (56,2%), con FE < 45 en 32 casos (26,4%) y FE > 45 en 89 (73,6,1%). Valor medio de C1CP en IC con FE deprimida 95.15 ng/ml y en IC con FS conservada 80,25 ng/ml sin encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos.

Discusión. Numerosas observaciones indican que la transición de la hipertrofia compensadora a la IC se relaciona con diversos cambios celulares y tisulares. En condiciones de estrés biomecánico secundario a una sobrecarga de presión o isquemia, los fibroblastos cardíacos se estimulan e incrementan la síntesis de precursores de las moléculas de colágeno de tipo I y III, por lo se produce una acumulación de fibras de colágeno que caracteriza a la fibrosis. Por otra parte, está bien establecido que la fibrosis miocárdica en hipertensos es debida a un aumento de los valores de PIP con concentraciones normales de C1CP, lo que favorecía la fibrosis miocárdica. A pesar de que en biopsias de pacientes con miocardiopatía dilatada se ha descrito una mayor síntesis de colágeno tipo I en pacientes con disfunción ventricular frente a los que no la presentan, nuestro grupo no ha encontrado diferencias significativas, entre el valor de C1CP de pacientes con insuficiencia cardíaca deprimida o conservada.

Conclusiones. No existen diferencias en el valor del C1CP según el valor de la fracción de eyección en la IC descompensada en pacientes ancianos.

IC-022 VALOR DEL NT-PROBNP EN PACIENTES OBESOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (ESTUDIO GRUPO SEMI-IC)

M. Villalonga¹, I. Martínez², F. Ruiz³, A. Urrutia⁴, A. Rodríguez⁵, J. Moreno⁶, S. García⁷ y J. Recio⁸

¹Medicina Interna, ²Farmacia. Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares. ³Medicina Interna. Clínico de Zaragoza. Zaragoza. ⁴Medicina Interna. Germans Trias. Badalona, Barcelona. ⁵Medicina Interna. Nicolás de Vigo. Vigo, Pontevedra. ⁶Medicina Interna. General de Segovia. Segovia. ⁷Medicina Interna. Virgen del Rocío. Sevilla. ⁸Medicina Interna. Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Valorar el nivel de NT-proBNP según el IMC en pacientes ingresados por episodio de insuficiencia cardíaca descompensada y su relación con la fracción de eyección.

Material y métodos. Sujetos: Pacientes consecutivos que voluntariamente decidieron participar en el estudio, durante el período comprendido entre el 1 de Enero del 2003 y el 31 de Marzo del 2003 ingresados en los Servicios de Medicina Interna de 14 Hospitales españoles (estudio NT-proBNP-SEMI). Criterios de Inclusión: Sujetos ingresados con el diagnóstico de descompensación aguda de IC que a los 3 meses de seguimiento fueron reevaluados. Criterios de Exclusión: Sujetos a los que no se pudiera realizar un seguimiento posterior, a los que no se pudiera realizar el ecocardiograma, que la extracción sanguínea fuera posterior a las 72 horas del ingreso y con diagnóstico previo de IC con función sistólica deprimida Variables clínicas: Las variables contenidas en el registro SEMI. se definió obesidad como IMC superior a 30, Ecocardiograma de rutina Determinación del NT-proBNP en las primeras 72 horas del ingreso por inmunoensayo quimioluminiscente «ECLIA» en el analizador automático Elecsys (Roche Diagnostics).

Resultados. La determinación de NT-proBNP se realizó en 270 pacientes con una media de edad de $79,58$ años $\pm 8,41$, predominio de mujeres 147 (54,4%), con FE < 45 en 64 casos (23,7%) FE > 45 en 206 (76,3%), con IMC < 30 :179 (66,3%) y IMC $> ;30$: 78 (28,9%) con valor medio de NT-proBNP en no obesos de 6789 pg/l y 4068 pg/l en obesos. Se encontró una asociación negativa estadística significativa ($p > 0,000$) entre IMC y valor de NT-ProBNP con una $r = -0,21$.

Discusión. El IMC, en nuestro estudio, tiene una correlación negativa con el valor del NT- proBNP. Estudios previos establecen esta relación tanto con BNP como con NT-proBNP ,aunque la fisiopatolo-

gía no es bien conocida. Como está demostrado, el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo cardiovascular por lo que a mayor IMC mayor riesgo de IC lo que conllevaría cifras mayores de BNP y NT-proBNP. Así como la correlación negativa hallada entre el IMC y el BNP se cree que es debida o a una disminución en la síntesis y secreción o a un aumento en el aclaramiento en personas obesas en el caso del NT-proBNP la hipótesis de un aumento en el aclaramiento producida por un mayor número de receptores tipo C a nivel de los adipocitos, no sería aplicable dado que el NT-proBNP carece de anillo central y no puede unirse a dichos receptores. En definitiva, serán necesarios nuevos estudios para valorar, en primer lugar, las implicaciones clínicas que dicha disminución puede llegar a tener por la posibilidad de falsos negativos, así como la fisiopatología de dicha asociación.

Conclusiones. Los valores de NT-ProBNP en pacientes obesos con insuficiencia cardíaca deben corregirse en relación con el IMC y valorar la posibilidad de falsos negativos si no se realiza dicha corrección.

IC-023

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HIPERPOTASEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA TRATADOS CON ESPIRONOLACTONA

R. Quirós López¹, J. García Alegría¹, S. Domingo González¹, F. Martos Pérez¹, J. Aguilar García¹, M. Martín Escalante¹ y A. Jiménez Puente²

¹Medicina Interna, ²Unidad de Evaluación. Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Identificar qué factores se relacionan con el desarrollo de hiperpotasemia en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) tratados con espironolactona.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de casos y controles. Lugar: Hospital General Costa del Sol, Marbella (Málaga). período de estudio: del 2/09/99 al 2/12/04. Casos: todos los pacientes ingresados por hiperpotasemia ($K > 5.5$ mEq/L) e IC (CIE-9: 428) tratados con espironolactona tras la publicación del estudio RALES en 1999 ($N = 23$). Controles: selección aleatoria entre aquellos enfermos con IC tratados con ese fármaco, en la fecha inmediatamente posterior al caso seleccionado ($N = 46$). Criterios de exclusión: enfermedad hepática avanzada, insuficiencia renal crónica en diálisis o enfermedad terminal asociada. Variables de estudio: edad, género, clase funcional (NYHA), función ventricular, K, creatinina, medicación asociada, dosis de espironolactona y resultados asistenciales.

Resultados. La edad media de los casos fue de 76.3 años (73.9 - 78.6, IC 95%), 65.2% eran mujeres. En el grupo control la edad media fue de 73.7 años (70.4 - 77.04, IC 95%), 47.8% eran mujeres. El 56.5% eran diabéticos y el 60.9% hipertensos entre los casos, frente a un 37% y un 56.5% respectivamente en los controles. Un 21.7% de los casos frente a un 47.7% de controles tomaban bloqueantes; el consumo de IECAS fue mayor en los casos, un 78% frente al 53.3% del grupo control. El uso de espironolactona a dosis plenas (100mg/24h) fue del 26.1% en los casos frente al 13% de los controles. El valor absoluto de fracción de eyección del ventrículo izquierdo determinada mediante ecocardiograma fue de 59.27 (52.10 - 66.44 IC 95%) para los casos frente a 47.02 (40.86 - 53.19 IC 95%) en los controles. Previo al ingreso, un 26.1% de los casos presentaban insuficiencia renal frente a un 10.9% de los controles. La tabla 1 muestra las variables al ingreso estudiadas (Función renal Cockcroft-Gault). En el análisis bivariante los siguientes factores se relacionaron con la hiperpotasemia: insuficiencia renal grave al ingreso (OR: 4.98; IC = 2.26-10.98, $p < 0,05$), falta de tratamiento con beta-bloqueantes previa al ingreso (OR: 1.49; IC = 1.05 - 2.13, $p < 0,05$), disfunción leve-moderada (OR: 1.38; IC = 1.03 - 1.85, $p < 0,05$) y uso previo de IECAS (OR: 1.46; IC = 1.03 - 2.07, $p < 0,05$). El análisis multivariante (modelo ajustado por edad y sexo), mostró como única variable predictora significativa ($p = 0,0001$) la insuficiencia renal grave al ingreso medida por el aclaramiento de creatinina (OR: 1.17; IC = 1.08 - 1.27). En muchos casos no se cumplieron los criterios de inclusión-exclusión para el uso de espironolactona descritos en el estudio RALES.

Conclusiones. En nuestro estudio la hiperpotasemia grave inducida por espironolactona en pacientes con IC fue más frecuente en mujeres a partir de los 70 años. La variable predictora claramente rela-

cionada con el desarrollo de hiperpotasemia fue la insuficiencia renal grave al ingreso (aclaramiento de creatinina < 25 ml/min). Consideramos que el aclaramiento de creatinina, ajustado por edad y género, es más útil para discriminar el riesgo de hiperpotasemia que la creatinina basal. El uso de este fármaco se debe ajustar a las recomendaciones de los estudios y guías de práctica clínica.

Tabla 1. Variables analizadas durante el ingreso (resumen).

| | Casos | Controles | p |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| K (mEq/l) | 6,9 (6,4-7,4, IC 95%) | 4,4 (4,2-4,6, IC 95%) | 0,001 |
| Creatinina (mg/dl) | 2,6 (1,9-3,2, IC 95%) | 1,2 (1,1-1,3, IC 95%) | 0,001 |
| Insf. renal leve-moderada (%) | 30,4 | 86 | |
| Insf. renal grave (%) | 69,6 | 14 | |

IC-025

COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR (DAV) A CORTO PLAZO

M. Alonso Ortiz¹ y O. Cuevas Lobato²

¹M. Interna. H. Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de G. Canaria. ²Microbiología y Enfermedades Infecciosas. H. General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Evaluar y analizar las complicaciones infecciosas a corto plazo de los Dispositivos de Asistencia Ventricular (DAV) en un Hospital de «referencia» español dado que no existen estudios amplios y bien realizados a este respecto en la bibliografía universal.

Material y métodos. Evaluamos todos los pacientes que requirieron DAV en el Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1989 y el 31 de diciembre del 2003. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, enfermedades subyacentes, antibióticos recibidos durante el procedimiento e infecciones diagnosticadas después de la implantación del DAV. Los datos clínicos y microbiológicos fueron revisados de acuerdo a un protocolo preestablecido. Todos los pacientes fueron seguidos por un equipo multidisciplinar. Las complicaciones se recogieron en un protocolo preestablecido para este estudio. Se realizó estudio estadístico mediante el programa SPSS versión 11.5 y se hizo un análisis de Chi-cuadrado de los datos más relevantes que nos interesaba estudiar.

Resultados. Se implantaron 55 Dispositivos de Asistencia Ventricular en 52 pacientes. La duración media del uso de estos dispositivos fue de 5,4 días. La edad media de los pacientes en el momento de su colocación fue de 54+12 años. 34 pacientes (69%) eran varones. Las enfermedades cardíacas subyacentes más frecuentes fueron la cardiomiopatía isquémica previa en 18 pacientes (53,4%) y la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) en 17 pacientes. El índice ASA medio fue de 4 (3-5) y el índice de comorbilidad fue de 1(0-4). La estancia media hospitalaria fue de 51 días. La causa más frecuente que hizo necesario la utilización de DAV fue el fallo de ventrículo izquierdo postcirugía cardíaca 27(59%). Se diagnosticaron 29 episodios infecciosos en 24 pacientes (51%). Predominaron los episodios infecciosos concomitantes con la presencia de DAV (infecciones del grupo 2): 24 episodios (83%) en 18 pacientes, de los cuales la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) fue la más frecuente, 12 episodios, seguido de la infección relacionada a catéter en 4 casos, Infección del Tracto Urinario (ITU) en 3 y Mediastinitis postquirúrgica tardía en un caso. En este grupo 2 los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: Cocos Gram positivos en el 54% siendo el *S. aureus* resistente a la meticilina el más frecuentemente aislado en 4 pacientes (30,8%). Los fármacos más utilizados fueron Vancomicina y Carbapenems y Piperazilina-Tazobactam. La mortalidad global fue de 24/54 (66%) de los cuales 17/23 (74%) fueron los pacientes no transplantados.

Conclusiones. Los Dispositivos de Asistencia Ventricular de corta permanencia constituyen una herramienta muy útil en los casos de pacientes con shock cardiogénico refractario y como puente al Transplante Cardíaco en aquellos pacientes con Insuficiencia Cardíaca Terminal. Entre sus complicaciones cabe destacar las infeccio-

nes, el tromboembolismo ó el sangrado. Las infecciones suponen la mayor complicación de esta nueva tecnología. Es necesario la realización de más estudios para llegar a un mejor manejo de las complicaciones infecciosas en estos pacientes y conseguir si es posible que no se presenten.

IC-027**EVALUACIÓN DEL MANEJO CLÍNICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA POR LA CONSULTORÍA ENTRE INTERNISTAS Y MÉDICOS DE FAMILIA**

F. Gómez Soto¹, F. Fernández¹, M. Escobar¹, A. García Egidio¹, E. De la Hoz¹, J. Aparicio¹ y Grupo para la Atención Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC)²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. ²Distritos Sanitarios. Cadiz-Bahía y Sierra de Cádiz. Cádiz.

Objetivos. Evaluar la eficacia de una Consultoría de Medicina Interna (CMI) en Atención Primaria (AP) para la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y, analizar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la insuficiencia cardíaca en nuestra área.

Material y métodos. Estudio prospectivo de casos y controles sobre una población de 87,016 habitantes realizado durante 42 meses. Se analizan 1618 pacientes con IC atendidos conjuntamente por el Médico de Familia (MF) e internistas consultores (IC) que, se desplazan semanalmente al centro de salud (CS) para atender los pacientes que hubieran sido derivados a consultas para atención especializada (AE). Como grupo control se seleccionaron aleatoriamente 1726 pacientes simultáneos con ICC de las 9293 primeras consultas solicitadas a Cardiología (CAR) por los centros de AP no cubiertos por la CMI durante el período de estudio.

Resultados. Observamos una significativa reducción de: La demora para la AE (23,7 días; IC 95%: 16,1-31,3 días), la demora de las pruebas solicitadas por AE (21 días; 14,6-27,4 días), la demora para la resolución de los procesos por la CMI (25,8 días; 20-31,6 días), la tasa de derivación cruzada entre especialistas (24%; 19,3-28,7%) y, de revisiones por AE (25%; 19,6-30,4%) ($p < 0,005$ en todos los casos). La tasa de resolución de los pacientes con ICC (17%; 12,4-21,6%, $p < 0,01$) y, de altas (46%; 38,3-53,7%, $p < 0,001$), fueron superiores para la CMI. La tasa de derivaciones a AE y la calidad del manejo clínico se relacionan inversamente ($r = -0,82$; $p < 0,01$) y, dependen de la formación, edad y, años de ejercicio profesional de los MF. La comorbilidad de los pacientes de la CMI fue significativamente superior para la CMI en lo referente a AVCs, diabetes mellitus tipo 2, EPOC, insuficiencia renal crónica y hepatopatía crónica ($p < 0,05$ en todos los casos). La incidencia de insuficiencia cardíaca en mayores de 14 años es 418/1000 habitantes, con una mortalidad anual del 18,2% y, una media de 1,78 ingresos/paciente x año, sin diferencias significativas entre la CMI y CAR.

Conclusiones. La CMI con AP mejora la eficacia asistencial de la atención médica a pacientes con ICC, a pesar de que los pacientes en la CMI tienen más comorbilidad que los atendidos por el circuito habitual. En nuestra zona, la insuficiencia cardíaca tiene una elevada prevalencia, incidencia y morbi-mortalidad.

IC-028**ATAXIA DE FRIEDREICH COMO CAUSA INFRECIENTE DE INSUFICIENCIA CARDÍACA**

F. Mourad, A. Martínez, J. Guerra, A. Morán y J. Herrera
Medicina Interna III. Hospital de León. León.

Objetivos. La insuficiencia cardíaca es uno de los principales motivos de ingreso hospitalario y en nuestro medio sus causas más frecuentes son la cardiopatía isquémica, la hipertensiva, la miocardiopatía dilatada idiopática y la valvular. En menos de un 5% de los casos se encuentran otras patologías como origen de insuficiencia cardíaca. La ataxia de Friedreich es la ataxia hereditaria más frecuente. Se cree que afecta uno de cada 50000 individuos caucásicos. Se transmite de forma autosómica recesiva y se produce por una alteración en gen de la frataxina localizada en el Cr9q13. Se

asocia con manifestaciones a nivel SNC y SNP, corazón y páncreas. Su diagnóstico se establece con manifestaciones clínicas características y la historia familiar. Su pronóstico es variable, la mayoría mueren entre 30 y 40 años pero los de inicio tardío tienen mayor supervivencia. La principal causa de muerte es la afectación cardíaca. No tiene tratamiento específico. Presentamos un caso de insuficiencia cardíaca congestiva asociada a enfermedad de Friedreich.

Material y métodos. Revisión de un caso de insuficiencia cardíaca asociada a enfermedad de Friedreich presentado en nuestro Servicio.

Resultados. Mujer de 67 años sin antecedentes personales de interés que ingresa con cuadro de un mes de evolución de disnea progresiva hasta hacerse de reposo, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Exploración física al ingreso destaca: TA 90/50, Tª 35,8°C. FR 22 rpm. FC 120 lpm. AC: arritmica con SS III/VI foco mitral. AP: crepitantes bilaterales. Abdomen: hepatomegalia con reflujo hepatoyugular. EELI: pies en equino varo, con edemas hasta rodillas. Neurológico: marcada atrofia muscular en los miembros inferiores, hipoestesia, hiporreflexia con RCP bilaterales extensores. Las pruebas complementarias muestran una analítica normal; Rx tórax: Infiltrado bilateral en alas de mariposa; ECG: ritmo sinusal a 120 lpm con ESV, eje izquierdo con BCRD y HBAI. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo muy dilatado con adelgazamiento difuso de la pared, FE 25%, sin anomalías segmentarias de la contractilidad. DTV1: 6,4 cm, dilatación aurícula izquierda. Insuficiencia mitral severa (se adjuntan imágenes).

Discusión. Reinterrogada la enferma se objetivan los mismos síntomas neurológicos en su madre y hermana. La primera había fallecido hace años, se desconoce la causa y la segunda está viva, con paraparesia severa y vida en silla de ruedas. Se diagnostica insuficiencia cardíaca congestiva y en colaboración con el Servicio de Neurología de enfermedad de Friedreich, con afectación sobre válvula mitral, sin datos orientativos de otras cardiopatías. La enferma recibe tratamiento médico estándar, con evolución favorable y siendo dada de alta a los 9 días de ingreso.

Conclusiones. La historia clínica detallada, incluidos los antecedentes personales, es fundamental para conseguir un diagnóstico de certeza. La insuficiencia cardíaca en un pequeño porcentaje de casos no se debe las patologías más habituales. El manejo de los pacientes con insuficiencia cardíaca en los Servicios de Medicina Interna integra manifestaciones clínicas expresadas a diferentes niveles y posibilita el diagnóstico de enfermedades sistémicas.

IC-029**ESTUDIO Y DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA POR UN DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

E. Gargallo García¹, P. Casado Escribano¹, P. Conthe Gutiérrez¹, C. Gilsanz Fernández¹ y F. Villar Álvarez²

¹Medicina Interna-I, ²Neumología. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Evaluar el manejo del internista de la anemia en el contexto de la insuficiencia cardíaca analizando los apartados de estudio y diagnóstico de dicha anemia reflejados en el informe de alta.

Material y métodos. Se estudian 567 informes de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, encontrándose 171 casos de anemia (criterios; cifra de hemoglobina igual o menor de 12g/dl en varones e igual o menor de 11,5g/dl en mujeres). Los datos recogidos de los informes fueron el diagnóstico o no de la anemia en el juicio clínico y la presencia de determinadas pruebas complementarias encaminadas a la búsqueda de sus posibles causas (se han elegido cuatro grupos posibles; estudio del metabolismo del hierro [Fe], estudio de Vitamina B-12 y ácido fólico [B12-Fol], hormonas tiroideas [T] y estudio de sangrado digestivo [S]).

Resultados. De los 171 pacientes con criterios analíticos de anemia, en 74 se refleja el diagnóstico en el informe clínico (43,2%). Dentro de los casos infradiagnosticados se aprecia que esta tendencia es mayor cuanto mayor es la cifra de hemoglobina y a la inversa, como puede apreciarse en la gráfica 1. De los pacientes diagnosticados (74) el estudio de la anemia se reparte de la siguiente forma; ningún parámetro estudiado 17 casos (22,9%, 8 de estos pacientes tenían antecedentes de anemia), un parámetro estudiado 8 casos

(10,8%), dos parámetros 18 casos (24,3%), tres parámetros 17 casos (22,9%) y los cuatro parámetros 14 casos (18,9%). Dentro de los parámetros estudiados el Fe es el más solicitado (en 50 casos, el 67,5% del total), después B12-Fol (42 casos, 56,7%) y en tercer y cuarto lugar las T y S (29 casos, 39,1%).

Conclusiones. De los datos analizados se obtiene la conclusión de que el internista infravalora aquellas cifras de hemoglobina que cumplen criterios diagnósticos, siendo mayor el porcentaje de casos no diagnosticados cuanto más próxima es esta cifra al dintel diagnóstico. Así mismo se observa que de los casos diagnosticados el estudio de la anemia es irregular, llegando a encontrarse pacientes en los que no se ha realizado ninguna prueba complementaria. Todos estos datos cobran mayor importancia teniendo en consideración las implicaciones de la anemia en la evolución de la insuficiencia cardíaca, no pudiendo permitir que el internista no enfoque de forma adecuada esta situación tan prevalente.

IC-031
IMPACTO DE LA COMORBILIDAD EN EL RIESGO DE MORTALIDAD Y REINGRESO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Juan i Roca¹, A. Villoslada Gelabert¹, M. Marco Lattur¹, N. Coll i Puigserver², J. Tortella i Morro², J. Buades i Reynés¹ y A. de la Peña Fernández¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Familiar y Comunitaria. Son Llätzer. Palma de Mallorca, Illes Balears.

Objetivos. Evaluar el impacto de la presencia de comorbilidad asociada a la insuficiencia cardíaca en los índices de mortalidad y reingreso.

Material y métodos. Estudio de cohorte prospectivo de 101 pacientes ingresados en planta de hospitalización de forma consecutiva con diagnóstico CIE 9 de insuficiencia cardíaca (I.C.) en un hospital público de 400 camas y seguidos durante un período entre 1 y 3 años. Se analizó la supervivencia libre de eventos (mortalidad y reingreso) mediante el método de Kaplan-Meier para las siguientes patologías comórbidas: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (D.M.), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (E.P.O.C.), enfermedad renal crónica (E.R.C.) y enfermedad vascular cerebral (E.V.C.). Se calculó la mediana de supervivencia y reingreso y la tasa de supervivencia y de reingreso a los 3 años. Asimismo, se estimó el riesgo relativo instantáneo (hazard ratio, HR) de mortalidad y reingreso y sus respectivos intervalos de confianza al 95% (I.C. 95%).

Resultados. Se analizaron 101 pacientes (edad: 78,0 años; d.e.:10,2; sexo varón 45,5%). En la tabla 1 se presentan los resultados referentes a mortalidad y en la tabla 2, los referidos a reingresos.

Discusión. En esta serie se analizan los datos crudos de mortalidad y reingreso en una cohorte de pacientes ingresados por I. C. y, también, su relación con los factores comórbidos. Se aprecia que durante los 3 años sucesivos fallecen más de la mitad de los pacientes y cerca de 9 de cada 10 vuelven a ingresar. Además, la existencia de más de 3 factores comórbidos es capaz de multiplicar el riesgo de muerte o reingreso en más de 3 veces.

Conclusiones. La existencia de al menos un factor comórbido asociado a la I.C. está relacionada con un aumento de la probabilidad de mortalidad y reingreso. La presencia simultánea de más de 2 de estos factores en un mismo paciente provoca un aumento muy relevante y progresivo de riesgo de muerte y/o reingreso.

Tabla 1. Supervivencia a los 3 años y mediana de supervivencia.

| | 3 años (%) | Mediana (meses) | H. R. (I.C. 95%) |
|------------|------------|-----------------|------------------|
| Global | 41,7% | 34,7 | - |
| D.M. | 29,9 | 22,5 | 1,7 (0,9-3,7) |
| E.P.O.C. | 44,0 | 34,7 | 1,0 (0,4-2,2) |
| E.V.C. | 29,9 | 22,5 | 2,4 (1,1-5,3) |
| > 2 COMORB | 18,3 | 21,7 | 1,7 (0,8-3,5) |
| > 3 COMORB | 0 | 19,9 | 3,3 (1,1-9,6) |

Tabla 2. Porcentaje de individuos sin reingresos a los 3 años y mediana de tiempo hasta el reingreso.

| | 3 años (%) | Mediana (días) | H. R. (I.C. 95%) |
|------------|------------|----------------|------------------|
| D.M. | 0,0 | 189 | 1,5 (0,9-2,5) |
| E.P.O.C. | 12,2 | 90 | 1,7 (1-3,2) |
| E.R.C. | 0,0 | 108 | 1,5 (0,9-2,8) |
| E.V.C. | 10,6 | 189 | 1,8 (0,9-3,4) |
| > 2 COMORB | 0,0 | 90 | 2,0 (1,1-3,5) |
| > 3 COMORB | 0,0 | 48 | 3,8 (1,3-10,9) |

IC-032
APLICACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Sánchez Marteles, J. Morales Rull, A. Flamarique Pascual, A. Cecilio Irazola, B. Sierra Bergua, F. Ruiz Ruiz, J. Pérez Calvo y M. Amores Ferreras

Medicina Interna. Clínico Universitario Lózano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. 1) Aplicar un modelo predictivo de riesgo de mortalidad en los pacientes que ingresan con el diagnóstico clínico de Insuficiencia Cardíaca en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario. 2) Valorar la posible utilidad de dicho modelo en la práctica clínica diaria.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron 118 historias clínicas de pacientes ingresados con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en un servicio de Medicina Interna. Para ello se usa un cuestionario de recogida de datos con distintas variables clínicas propuestas en el modelo predictivo del estudio EFFECT. Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico Statview.

Resultados. La edad media fue de 78,75 (SD = 8,79). El 53% eran mujeres. De acuerdo al modelo, dividimos a los pacientes en 5 grupos en orden creciente según el riesgo de mortalidad a los 30 días: Del grupo 1 que fueron 3 pacientes, no hubo éxitos ni reingreso precoz. Al grupo 2 pertenecían 10 pacientes, no hubo éxitos ni tampoco reingresos. En el grupo 3 con 64 pacientes, fallecieron 4 y reingresaron 9, En el grupo 4 de 38 pacientes, fallecieron 5 pacientes y reingresaron 4 (11,76%). Y en el grupo 5, con 3 pacientes, murieron 2 y hubo 1 reingreso precoz (15%). La mortalidad global en nuestros pacientes fue del 8,69%.

Discusión. En noviembre del 2003 Lee DS, Austian PC, Rouleau JL et al. (Predicting Mortality Among Patients Hospitalized for Heart Failure. JAMA. 2003 Nov 19;290(19):2581-7) propusieron un modelo de predicción del riesgo de mortalidad en pacientes hospitalizados por Insuficiencia Cardíaca que promete ser una herramienta útil y sencilla de aplicar en el medio hospitalario. No obstante el uso de dicho modelo no se encuentra estandarizado ni validado en nuestro medio. Nos planteamos aplicarlo a nuestros pacientes y comprobar si los datos predictivos concuerdan con los obtenidos en nuestra muestra. Así mismo valorar si el número de reingresos precoces (menos de 30 días) se correlaciona de forma positiva con el riesgo de mortalidad.

Conclusiones. 1) En nuestra muestra la mortalidad es menor que la propuesta por el modelo aunque sí se observa un aumento progresivo de la mortalidad en los grupos propuestos 2) Sería necesario otros estudios comparativos para confirmar esta tendencia. 3) El número de reingresos precoces aumenta en relación a la probabilidad de éxitos de los pacientes.

Resultados.

| | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 | Grupo 4 | Grupo 5 |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Nº pacientes | 3 | 10 | 64 | 38 | 3 |
| Éxitos | 0 | 0 | 4 | 5 | 2 |
| Reingresos | 1 | 0 | 9 | 4 | 1 |

IC-033**RIESGO DE MORTALIDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

J. Morales Rull, M. Sánchez Marteles, A. Flamarique Pascual, A. Cecilio Irazola, F. Ruiz Laiglesia, P. Samperiz Legarre, B. Amores Arriaga y M. Torralba

Medicina Interna. H.C.Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Comprobar si existe una relación entre el riesgo de mortalidad y la estancia hospitalaria suficientemente significativa como para utilizar este último parámetro como indicador indirecto de mortalidad.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron 118 historias clínicas de pacientes ingresados con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en un servicio de Medicina Interna. Para ello se usa un cuestionario de recogida de datos con distintas variables clínicas propuestas en el modelo predictivo de riesgo de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca del estudio EFFECT, así como la estancia hospitalaria de cada uno de ellos. Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico Statview.

Resultados. La edad media de los 118 pacientes fue de 78,75 años (SD = 8,79), siendo el 53,39% mujeres. De acuerdo al modelo se distribuyó a los pacientes en cinco grupos en orden creciente, según el riesgo de mortalidad a los 30 días, y se calculó la media y la mediana de la estancia en cada uno de ellos. Con ello, los datos obtenidos fueron: Grupo 1: 3 pacientes, media 11 días, mediana 10 días Grupo 2: 10 pacientes, media de 9,2 días, mediana de 8 Grupo 3: 64 pacientes, media de 10,5 y mediana de 9 Grupo 4: 38 pacientes, media de 12,25 y mediana de 10 Grupo 5: 3 pacientes, media de 8 días y mediana de 8.

Discusión. En noviembre del 2003 Lee DS, Austian PC, Rouleau JL et al.(Predicting Mortality among patients hospitalized for heart failure. JAMA 2003 Nov 19;290(19):2581-7) propusieron un modelo de predicción del riesgo de mortalidad en pacientes hospitalizados por Insuficiencia Cardíaca y que promete ser una herramienta útil y sencilla de aplicar en el medio hospitalario. No obstante el uso de dicho modelo no se encuentra estandarizado ni validado en nuestro medio. Tras la hospitalización, los pacientes con insuficiencia cardíaca son remitidos a consultas de Atención Primaria, Medicina Interna y Cardiología. La aplicación de dicho modelo de predicción de mortalidad no figura en el informe de alta al no aplicarse de forma estandarizada. Es razonable pensar que a mayor riesgo de mortalidad existe mayor comorbilidad y por lo tanto mayor estancia hospitalaria. Queremos valorar si el empleo de un modelo de predicción de mortalidad en nuestros pacientes podría permitirnos evaluar de forma objetiva el riesgo de estancias prolongadas.

Conclusiones. 1) La distribución de los grupos parece indicar que la estancia hospitalaria se incrementa con la probabilidad de éxitus a los 30 días. 2) Sería necesario estudios comparativos para comprobar si esta tendencia es estadísticamente significativa.

IC-034**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

M. Dávila Ramos¹, E. Rubio Roldán¹, J. Escobedo Palau¹, L. Abraham Pérez¹, L. Pérez Méndez² y M. Linares Feria¹

¹Medicina Interna. Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz, Santa Cruz de Tenerife. ²Unidad de Investigación. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Caracterizar los pacientes con diagnóstico de IC en un servicio de urgencias de un hospital terciario en base a su situación clínico-epidemiológica: Antecedentes patológicos, filiación de cardiopatía y destino tras ingreso.

Material y métodos. Serie de 136 casos consecutivos entre marzo-mayo de 2005, valorados por un internista ajeno al diagnóstico y a la asignación de ingreso. Se recogen datos sobre filiación, antecedentes patológicos, valoración de deterioro cognitivo por escala de Pfeiffer, cardiopatía previa o no, clase funcional, motivo de consulta, factores precipitantes y destino. Se realiza estadística descriptiva e inferencial con programa informático SPSS 11.5.

Resultados. La edad media es de $76.7 \pm 10,59$ años, significativamente mayor en las mujeres (79,1 vs 73,8; $p = 0,003$). Predomina la procedencia rural (55%) y un alto nivel de analfabetismo (30,2%). Existe un alto nivel de comorbilidad, destacando un 74,3% de HTA, un 44,3% de Cardiopatía isquémica y un 15,7% con Deterioro Cognitivo. Había datos de cardiopatía previa en un 79,9%. La clases funcionales según la NYHA fueron predominantemente la II (49,3%) y III (35%). Se conocían datos ecocardiográficos en 64 pacientes (45,7%). Un 39,1% de los casos presentaban FE < 40%. Un 50% de estos pacientes habían tenido un ingreso por IC en el año previo, mientras que un 31,8% lo había precisado en dos ocasiones. El seguimiento en especializada se realizaba principalmente por cardiólogos (63,5%), siendo el papel del internista sólo en un 2,5% de los casos. Los pacientes controlados por cardiólogos el 50% realizaba una sola visita anual. El esquema terapéutico mostraba los diuréticos como fármaco más utilizado (82,1%), seguidos por IECAS (38,6%) y Betabloqueantes (31,4%). Del total de casos un 18,6% (IC95% 13-25%) seguían las recomendaciones de la AHA/ACC (IECAS y/o ARAll+DiréticosyBetabloqueantes). Los principales motivos de consulta a urgencia fueron disnea (93,6%), dolor torácico (19,3%) y fiebre (18,3%), siendo los factores precipitantes la HTA (49,3%), la infección (32,9%) y el empeoramiento de la CI (20%). Ingresaron el 92,4% de los casos, con un solo fallecimiento. La distribución de los ingresos fue similar entre los servicios de Cardiología y MI (49,2%).

Discusión. Encontramos similitudes con estudios descriptivos previos: Los pacientes son en su mayoría mujeres y destaca el alto nivel de comorbilidad conocido como factor pronóstico en la IC. Sólo disponíamos de datos ecocardiográficos en un 45,7% de los casos, lo que parece mantener el debate sobre la accesibilidad de ésta técnica diagnóstica imprescindible en la valoración de la IC. La mayoría de pacientes tenía FE preservada Respecto al esquema terapéutico, los diuréticos siguen siendo el principal fármaco utilizado. Otros fármacos con sólida evidencia científica de utilidad en la IC se prescriben con una frecuencia variable y baja, como es el caso de los IECAS. El relativo alto porcentaje de prescripción de betabloqueantes se puede deber a la alta prevalencia de cardiopatía isquémica concomitante y la indicación para ésta. La distribución de los ingresos no permite valorar el control de MI sobre estos pacientes por la derivación de estos a hospitales concertados. El papel testimonial del internista en el seguimiento de estos pacientes parece justificar la reciente puesta en marcha de la consulta monográfica de IC en nuestro servicio.

Conclusiones. 1) El perfil de los pacientes estudiados, con edad avanzada y su gran comorbilidad pueden favorecerse de la visión integral de internista. 2) La adecuación terapéutica esta lejos de las últimas recomendaciones de fármacos que han demostrado una mejora en la supervivencia de la IC. 3) La práctica de la ecocardiografía está lejos de lo recomendable en este tipo de pacientes. 4) Las consultas monográficas de IC en los servicios de MI deben servir para mejorar el papel de internista en control de estos pacientes.

IC-035**MIOCARDIOPATÍA ESPONGIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO**

S. Arponen¹, J. Hurtado Santos¹, J. Cabo Bolado¹, I. López Isidro¹ y L. Pradera²

²Medicina de Familia y Comunitaria. Área 2. Madrid. ¹Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Material y métodos. Revisamos la historia clínica y las pruebas complementarias del caso de una paciente de 57 años que ingresa con un cuadro de primer episodio de insuficiencia cardíaca, que es diagnosticada ecocardiográficamente de miocardiopatía espongiiforme. A propósito del caso realizamos una revisión de la literatura sobre la miocardiopatía espongiiforme en Medline con las palabras clave non-compaction, ventricular y myocardium.

Resultados. La paciente es una mujer de 57 años con retraso mental desde la infancia, atribuida a una meningitis bacteriana sufrida a los 4 meses; en 1991 la paciente presentó un infarto talámico derecho y un AIT un mes antes del ingreso. La paciente no presentaba semiología previa de insuficiencia cardíaca. Ingresa a cargo de nuestro servicio por un primer episodio de insuficiencia cardíaca junto a neumonía basal derecha con derrame pleural derecho. En el estudio

ecocardiográfico se aprecia una severa dilatación del ventrículo izquierdo con trabeculación anormal y con grosor compatible con diagnóstico de defecto de compactación miocárdico, junto a FEVI del 15% con hipoquinesia severa generalizada e hipertensión pulmonar. Además, en la radiografía de tórax aparece junto al derrame pleural un nódulo de unos 4 cm de diámetro en lóbulo inferior izquierdo, para cuyo estudio se realiza TAC toracoabdominal en la que se encuentra una masa que ocupa la práctica totalidad del lóbulo inferior derecho y múltiples nódulos pulmonares bilaterales compatibles con metástasis pulmonares, y múltiples LOEs en el hígado en relación con metástasis. La paciente es desestimada para trasplante cardíaco y para quimioterapia y fallece en edema agudo de pulmón al mes del ingreso. En la búsqueda bibliográfica aparecen un número máximo de 175 referencias en Medline con las palabras clave. La mayoría de las referencias corresponden a descripciones de casos clínicos o series pequeñas de casos, aisladas o bien asociadas a diversas anomalías congénitas. En castellano solamente aparecen 4 referencias a esta entidad.

Discusión. Nuestro caso fue diagnosticado de insuficiencia cardíaca congestiva con disfunción sistólica severa en clase funcional IV, estadio D. Conjuntamente la paciente presentaba una neoplasia pulmonar en estadio IV y un retraso mental inicialmente atribuido a una meningitis bacteriana sufrida en la infancia. La miocardiopatía espongiiforme es una entidad rara que se describió inicialmente en niños y que últimamente se está diagnosticando también en la población adulta gracias a la extensión del uso de la ecocardiografía como método de diagnóstico de referencia en la insuficiencia cardíaca. La forma aislada es muy infrecuente; las mutaciones responsables de la entidad se asocian a otras alteraciones de la embriogénesis. En el caso de nuestra paciente aparece un retraso mental de grado moderado y una neoplasia pulmonar en estadio avanzado, por lo que no puede ser etiquetada estrictamente de una forma aislada, si bien hasta ahora no se han descrito asociaciones neoplásicas con la entidad. En la familia de la paciente no había casos conocidos de insuficiencia cardíaca y su hermana presentaba un ecocardiograma normal. Los dos eventos isquémicos neurológicos eran una manifestación tromboembólica de la miocardiopatía dilatada, a pesar de que clínicamente ésta se manifestó tardíamente en la vida de la paciente.

Conclusiones. La miocardiopatía espongiiforme es una forma rara de miocardiopatía dilatada, cuyo diagnóstico es fundamentalmente ecocardiográfico y por resonancia magnética cardíaca. Su asociación familiar hace necesario el estudio de los familiares de los pacientes afectados, y su mal pronóstico, con una mortalidad del 80% en 6 años, obliga a un diagnóstico precoz para evitar complicaciones arritmológicas y tromboembólicas y posibilitar la inclusión del paciente en la lista de trasplante cardíaco si presenta las indicaciones adecuadas para ello. Sin duda en los próximos años, gracias a la extensión del uso del ecocardiograma, esta entidad será descrita con mayor frecuencia de la actual.

IC-036

MALNUTRICIÓN EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. ANÁLISIS DE COMPOSICIÓN CORPORAL POR IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA

E. Calvo Lasso de la Vega, A. Castuera, C. Pérez de Oteyza, I. García y L. Audibert

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

Objetivos. Determinar la prevalencia de malnutrición (desnutrición y/o obesidad) entre los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. Establecer la relación existente entre la presencia e intensidad de la malnutrición y la etiología, tipo fisiopatológico, clase funcional y duración previa de los síntomas de IC.

Material y métodos. Se incluyeron prospectivamente pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna del hospital con el diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca. Se recogieron antecedentes personales e historia cardiológica previa, causa precipitante de ingreso y principales hallazgos ecocardiográficos, agrupándose los pacientes en dos grupos según gravedad (Grupo A: IC primer episodio o clase funcional I previa a ingreso o más de un año desde el último ingreso por IC. Grupo B: pacientes restantes.) Se midió peso, talla, IMC, perímetros, pliegues e índice cintura-cadera. Se

analizó su composición corporal por impedancia bioeléctrica (AIB) mediante un analizador portátil (MediSystem) multifrecuencia (1-150 kHz) con software para evaluación nutricional determinando: masa grasa, magro, agua corporal total, intra y extracelular y densidad corporal entre otras variables. Se analizaron las cifras de albúmina, prealbúmina, recuento linfocitario, transferrina, hemoglobina proteínicas totales. Se realizó un análisis estadístico mediante SPSS 11.5.

Resultados. Se analizaron 70 pacientes entre los cuales hubo dos éxitos. La edad media (desviación típica) fue de 74 años (10,5) en el grupo A y de 79 años (5) en el B. 29 pacientes fueron hombres (41%) y 41 mujeres (59%), encontrándose el 76% de éstas en el grupo B. Destacó la alta prevalencia de HTA (81%), diabetes mellitus (34%) e hiperlipidemia (47%), así como de broncopatía (33%). La HTA (33%) y la cardiopatía isquémica (30%) constituyeron las causas más frecuentes de insuficiencia cardíaca. El factor precipitante esencial del episodio agudo fue la infección (54%). La insuficiencia cardíaca de predominio diastólico constituyó un 59%. Según el IMC (normopeso (IMC = 18,5-24,9), sobrepeso (IMC = 25-29,9), obesidad (IMC = 30-40), obesidad mórbida (IMC > 40) y desnutrición grado I (IMC 17-18,4), 78% de los pacientes presentaban algún grado de obesidad, desde el sobrepeso (38%), obesidad (37%), a la obesidad mórbida (3%), un 15% normopeso y únicamente un 7% desnutrición grado I (5 pacientes en total, uno en el grupo A y 4 en el B), encontrándose diferencias entre grupos en las variables prealbúmina y hemoglobina. No se encontraron diferencias estadísticas en las variables restantes analizadas (pliegue tricípital, grasa y magro, agua corporal total, agua intra y extracelular). Sí se encontraron diferencias según sexo en las variables pliegue tricípital, clasificación IMC, área grasa del brazo, masa extracelular, potasio total, recuento linfocitario y colesterol HDL.

Discusión. El análisis de los resultados permite constatar la importante comorbilidad que presentan los pacientes de nuestra muestra ingresados por insuficiencia cardíaca. La insuficiencia cardíaca diastólica es más frecuente que la sistólica y más prevalente en las mujeres. La prevalencia de malnutrición en pacientes con insuficiencia cardíaca que ingresan en Medicina Interna es muy alta (85%) aunque únicamente el 7% están desnutridos. La hemoglobina y prealbúmina son más bajas en el grupo de insuficiencia cardíaca más grave, precisamente el grupo donde se encuentran la mayoría de los pacientes desnutridos. La hipertensión arterial, diabetes mellitus e hiperlipidemia son patologías muy prevalentes en los pacientes con insuficiencia cardíaca, así como el sobrepeso-obesidad (78%).

Conclusiones. La insuficiencia cardíaca constituye una patología muy prevalente, siendo la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años. En la insuficiencia cardíaca crónica grave se observan pérdida de peso y caquexia. Además la obesidad es un conocido factor de riesgo cardiovascular. Por ello, la valoración nutricional debe considerarse una parte esencial de la evaluación clínica, en particular en los pacientes con insuficiencia cardíaca. El síndrome metabólico reviste especial importancia constituyendo probablemente una prioridad de salud pública.

IC-037

FACTORES PRONÓSTICOS A 3, 6 Y 12 MESES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN 40 SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

I. De los Mártires Almingol¹, P. Serrano Aísa², A. Michán Doña³, M. Montero Pérez Barquero⁴, P. Sampérez Legarre¹, P. Conthe Gutiérrez⁵ y Grupo DICAMI⁶

¹Medicina Interna. Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. ²Unidad Cuidados Intensivos. Clínica Montpellier. Zaragoza. ³Medicina Interna. Hospital de Jerez. Jerez. ⁴Medicina Interna. Reina Sofía. Córdoba. ⁵Medicina Interna. Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Medicina Interna. 40 hospitales. España.

Objetivos. Estudiar los factores que influyen en el pronóstico a 3, 6 y 12 meses de los pacientes con diabetes mellitus que ingresan por insuficiencia cardíaca descompensada en 40 servicios de Medicina Interna en España.

Material y métodos. En dos periodos: 1 al 15 de junio y 1 al 15 de noviembre de 2003 estudiamos 575 pacientes diabéticos consecutivos que ingresaron en 40 servicios de m.interna. De esta muestra,

XXX pacientes ingresaron por insuficiencia cardíaca. El seguimiento se hizo mediante entrevistas telefónicas a los 3 y 6 meses y visita médica a los 12 meses del ingreso.

Resultados. El perfil demográfico de nuestra población de 235 pacientes fue 42,6% varones y edad 74,6 ± 8 años (varones 74,6 ± 9 años y mujeres 74,7 ± 8 años p = n.s.) Eran diabéticos insulino-dependientes el 44,7%, y tomaban antidiabéticos orales el 53,2%. El 15,7% no tomaba ni insulina ni antidiabéticos orales. Los años de evolución de la diabetes fue de 10,7 ± 9 años (en varones 9,2 ± 8 años vs 11,9 ± 9 años en mujeres, p = 0,018). El aclaramiento de creatinina medio de la población fue de 52,6 ± 27 ml/min. Respecto a la etiología de la insuficiencia cardíaca, el 43,8% eran de etiología cardiopatía isquémica, 46% por hipertensión arterial, 1,7% por miocardiopatía dilatada idiopática, 1,7% por etiología tóxica, el 4,3% por miocardiopatía hipertrófica, 5,5% por miocardiopatía restrictiva, 7,2% por etiología valvular cardíaca y 21,7% otras etiologías. Como antecedentes previos al ingreso: el 42,6% tenían antecedentes de fibrilación auricular (FA) (80,8% era FA crónica, el 15,2% FA paroxística y el 4% FA persistente). Al ingreso, el 54% de los pacientes estaban en ritmo sinusal, el 38,7% en FA, el 2,1% en flúter curricular y el 7,7% eran portadores de marcapasos. Se realizó ecocardiografía durante ingreso al 38,7% y se disponía de ecocardiografía previa en un 45% de los casos (realizada con una media de 16,9 ± 18 meses de antelación al ingreso). Así, el 79,1% tenía información ecocardiográfica al alta del ingreso. La fracción de eyección en ecocardiografía fue del 53,8% ± 16 (el 32,3% de los que tenían datos ecocardiográficos presentaba una fracción de eyección inferior al 40%, siendo menor del 30% en el 10,8%). El diámetro telediastólico ventricular izquierdo fue de 51 ± 10 mm y el telesistólico de 34 ± 10 mm. La mortalidad en el ingreso fue del 10,2%, a los 3 meses un 10,2% más, otro 4,3% a los 6 meses, y a los 12 meses un 6,4% más (mortalidad total a los 12 meses 31,1% de la población inicial). Respecto al reingreso, fue del 34,6% a los 3 meses, del 18,5% a los 6 meses, y a los 12 meses del 34% de la población viva al inicio de cada periodo, respectivamente. Durante estos 12 meses, el 52,3% de los pacientes había tenido que reingresar. En total, el 69,8% de la población inicial había fallecido o había tenido que reingresar.

Discusión. Los pacientes con diabetes e insuficiencia cardíaca presentan una edad muy avanzada y con frecuencia pluripatología de difícil manejo, que puede encontrar un manejo adecuado en las unidades de medicina interna.

Conclusiones. El pronóstico de los diabéticos que ingresan por insuficiencia cardíaca es pobre. A diferencia de los pacientes ingresados en servicios de cardiología, en nuestra cohorte prevalecen los pacientes con disfunción sistólica.

IC-039

VALORACIÓN DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA (TRC) COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Barceló López¹, M. Marco Lattur², J. Marco Lattur³, M. Juan Roca², A. Villoslada Gelabert², J. Buades Reines² y A. de la Peña Fernández²

¹Medicina familiar y comunitaria, ²Medicina Interna,

Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca, Baleares.

³Medicina Interna. Hospital General de Castellón.

Castellón.

Objetivos. Describir una cohorte de pacientes ingresados de forma consecutiva en nuestro centro por IC con la finalidad de valorar cuantos de ellos cumplen criterios de TRC, y posteriormente evaluar en cuantos de ellos se indicó la TRC como alternativa terapéutica.

Material y métodos. Análisis descriptivo de una serie consecutiva de 424 pacientes ingresados en un hospital público de 350 camas entre diciembre 2002 y marzo 2005 y con el diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca, proporcionado a partir de CMBD del servicio de Admisiones.

Resultados. De los 424 pacientes analizados 44,6% eran varones, con una edad media de 77,08 ± 10,48 años. El 76,17% de pacientes ingresó en Medicina Interna, 18,86% ingreso en Cardiología y el 3,77% en otros servicios. La estancia media hospitalaria fue de 8,37 ± 5,31 días. Se seleccionaron 30 pacientes (7,17%) que cum-

plian criterios para TRC. Únicamente se valoró como alternativa terapéutica, en 7 pacientes (23,33%), decidiéndose finalmente la implantación de un dispositivo TRC en 3 de ellos (10%), sin éxito en 1, por imposibilidad de canalización de seno coronario.

Discusión. Varios ensayos clínicos han demostrado que la TCR es una técnica eficaz en el pronóstico de la IC. Sin embargo, tal como muestran estos resultados, aún no está adecuadamente implementada en la práctica clínica habitual, y sólo se benefician de ella un mínimo porcentaje de pacientes.

Conclusiones. A pesar de que la TCR es ya una indicación clase I en las guías clínicas en pacientes que cumplen criterios, constituye una opción terapéutica todavía escasamente valorada. En nuestra serie, en sólo el 23,33% de los pacientes tributarios se pensó en esta técnica como posibilidad de tratamiento.

IC-040

VALOR DEL ECOCARDIOGRAMA PARA LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC)

M. Marco Lattur¹, M. Juan Roca¹, A. Villoslada Gelabert¹, N. Coll Puigserver², J. Tortella Morro², J. Buades Reines¹ y A. de la Peña Fernández¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Familiar y Comunitaria.

Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca, Baleares.

Objetivos. Analizar la relación entre el diagnóstico de IC mediante ecocardiograma y el tratamiento al alta con IECA, ARA II, β-bloqueante (BB), y espironolactona.

Material y métodos. Estudio transversal de una muestra de 101 pacientes ingresados de forma consecutiva con diagnóstico de IC en un hospital público de 350 camas durante el año 2003. Se establecieron dos grupos según se les hubiera realizado ecocardiograma durante el ingreso (grupo ETT) o no (grupo control) y se estudió su relación con la prescripción farmacológica al alta (IECA, ARA-II, BB, espironolactona). Asimismo, se analizó la diferencia en ambos grupos en cuanto a edad, sexo, servicio responsable y estancia media (EM). Las comparaciones se realizaron mediante los tests de Fisher (variables cualitativas) o la U de Mann-Whitney.

Resultados. Del total de pacientes analizados, se realizó ETT a 54 (53,5%); la edad (años) del grupo ETT fue de 77,1 (d.e.:11,0) y en el grupo control de 79,1 (d.e.:9,2). El 77,8% de los pacientes del grupo ETT estaban ingresados en la Unidad de Medicina Interna, frente al 91,5% del grupo control (p = 0,05). La estancia media (días) del grupo ETT fue de 9,0 (d.e.:4,9) y la del grupo control fue de 7,2 (d.e.:5,0), con una p = 0,02. Las indicaciones terapéuticas en ambos grupos se expresan en la tabla adjunta.

Discusión. El ETT tiene un valor clínico importante en el manejo diagnóstico y terapéutico de la IC. Sin embargo, estos resultados parecen mostrar que la realización del ecocardiograma durante el actual ingreso hospitalario no es una herramienta indispensable y que sin embargo, puede contribuir a prolongar la estancia media, por lo que se puede aplazar su realización hasta una situación ambulatoria.

Conclusiones. El empleo del ETT no parece mejorar de forma significativa la adecuación del tratamiento farmacológico óptimo en los pacientes con IC, ni siquiera para la indicación de la espironolactona y sin embargo, parece provocar un incremento en la estancia media hospitalaria.

Tabla de resultados: *N (%); ** X; DE.

| | Grupo ETT | Grupo control | p |
|------------------|-----------|---------------|------|
| IECA* | 28 (52,8) | 16 (36,4) | 0,15 |
| ARA-II* | 8 (14,8) | 4 (9,1) | 0,53 |
| IECA + ARA-II* | 41 (79,5) | 4 (9,1) | 0,21 |
| Betabloqueante* | 15 (27,8) | 16 (34,0) | 0,52 |
| Espironolactona* | 17 (31,5) | 12 (27,3) | |
| FEVI ≤ 35% | 4 (23,3) | - | |
| FEVI ≥ 35% | 13 (76,5) | | |
| Nº comprimidos** | 7,0; 2,9 | 6,9; 2,5 | 0,66 |
| EM (días)** | 9,0; 4,9 | 7,2; 5,0 | 0,02 |

IC-041**FACTORES PRONÓSTICOS Y MORTALIDAD EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN****E. Ciria¹, R. Serantes¹, F. Domínguez², A. de la Quintana³, J. Vázquez¹ y F. Arnalich¹**¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Admisión-Documentación Clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. El edema agudo de pulmón (EAP) de origen cardiogénico es un frecuente motivo de ingreso hospitalario, en la mayoría de los casos en el servicio de medicina interna. El objetivo del presente trabajo es conocer las características clínicas y el pronóstico de los pacientes con EAP cardiogénico ingresados en el servicio de Medicina Interna de un hospital terciario durante los tres últimos años.

Material y métodos. Se analizan las características clínicas, electrocardiográficas y radiológicas de una cohorte de pacientes con EAP ingresados en Medicina Interna.

Resultados. Se han estudiado 144 pacientes consecutivos (89 varones, 61,8%, edad media 74,6 años, DE 9,4 años). Las tres causas más frecuentes fueron: cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y diabetes, que estuvieron presentes en el 83%, 72% y 59% de los pacientes, respectivamente. Los factores precipitantes más frecuentes fueron: hipertensión mal controlada (32%), fibrilación auricular rápida (28%), angor inestable (18%), infección respiratoria (12%), y anemia (8%). Se detectó disfunción sistólica de V.I. (F. Eyección < 45%) y disfunción diastólica (E/A < 1.0) en 28 (40,2%) y 13 (9,2%) de los 71 casos estudiados. La estancia media durante el episodio índice del ingreso fue de 9,6 días, y fallecieron 11 pacientes (7,6%). Los principales factores predictores de mortalidad fueron: taquipnea > 24 resp/min ($p < 0,01$), hipotensión arterial (P.A. sistólica < 95 mm Hg, $p < 0,01$), hiperglucemia (> 174 mg/dl, $p < 0,05$), elevación de LDH sérica (LDH > 300 U.I., $p < 0,05$), e insuficiencia renal (urea > 94 mg/dl, $p < 0,05$). La tasa de reingresos a los 6 meses fue del 39%. A pesar de una buena adherencia al tratamiento prescrito, un total de 42 pacientes (29,2%) fallecieron durante el 1º año desde el ingreso de causa directamente relacionada con la insuficiencia cardíaca. La edad superior a 80 años ($p < 0,04$), insuficiencia renal crónica ($p < 0,04$), y clase funcional basal III ($p < 0,05$) se asociaron significativamente a mayor mortalidad durante el primer año.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes ingresados por EAP son ancianos con comorbilidad asociada e insuficiente control de los factores de riesgo cardiovascular. La tasa de reingresos y mortalidad durante el primer año es muy elevada pese a un buen cumplimiento terapéutico.

IC-042**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES OCTOGENARIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA****X. Pena, J. Recio, J. Alegre, T. Fernández de Sevilla,****M. Durán, C. Alemán, T. Soriano y J. Suriñach**

Medicina Interna. Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Descripción de las características clínicas de los enfermos octogenarios diagnosticados de insuficiencia cardíaca y del grado de aplicación de las recomendaciones terapéuticas.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo clínico observacional prospectivo de una cohorte de enfermos con insuficiencia cardíaca. Pacientes: enfermos consecutivos con edad superior a 80 años y diagnóstico clínico (criterios de Framminghan) y ecocardiográfico de IC que siguen controles en MI de un Hospital urbano terciario de Barcelona. Se cumplimentó un cuestionario de recogida de datos: filiación y demografía, antecedentes patológicos, apoyo social, etiología de la IC, tratamiento (previo y tras el alta hospitalaria), ingresos previos, valores de rutina de laboratorio (función renal, ionograma, hemograma), fracción de eyección y/o presencia de alteración diastólica determinada mediante ecocardiograma. Tras el alta hospitalaria los enfermos acudieron a control a consultas externas al mes, tres, seis y doce meses, valorando la situación clínica (bien, reingreso o fallecimiento) Análisis estadístico: Estudio descriptivo de las variables expresados como media (desviación estándar) y porcentajes.

Resultados. Se incluyeron 88 enfermos de diciembre de 2003 a junio de 2004. La edad media fue de 83,5 (3,8) años. El 60,2% eran

mujeres. Los antecedentes patológicos relacionados con la IC fueron: Hipertensión arterial 67%, diabetes 46,6%, hipercolesterolemia 26,1%. Un 75% (66 enfermos) vive con la familia y el 19,3% sólo. La etiología de la IC era hipertensiva en el 30,7%, cardiopatía isquémica en el 25%, y valvular en el 17%. El 34,3% (39 enfermos) de los enfermos había ingresado previamente por reagudización de IC. El 82,9% de los enfermos se hallaba en clase funcional II-III de la NYHA. La FEVI fue de 47,7 (11,9). Con respecto al tratamiento (previo vs tras el alta): IECA (44,3% vs 80,1%), betabloqueantes (8% vs 56%) calcioantagonistas (10,2% vs 2,1%). Tras un año de control hubo 3 pérdidas en el seguimiento, 11 reingresos (12,9%) y 10 fallecimientos (11,7%).

Discusión. En las últimas décadas se ha producido un envejecimiento de la población, siendo la Insuficiencia cardíaca la primera causa de ingreso en pacientes mayores de 65 años. Sin embargo, son escasos los datos disponibles en pacientes ancianos. Por otro lado, las recomendaciones sobre el tratamiento proceden de ensayos clínico de los que habitualmente son excluidos estos enfermos.

Conclusiones. 1. Los enfermos octogenarios presentan una elevada morbilidad, mala clase funcional y un elevado número de ingresos. 2. La optimización racional del tratamiento según las recomendaciones de las sociedades científicas es posible en estos enfermos y condiciona una disminución en el número de reingresos con la consiguiente mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

IC-043**MARCADORES INFLAMATORIOS Y DE ESTRÉS OXIDATIVO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA****A. Martínez Virto², J. Franco¹, R. Codoceo³,****F. Domínguez⁴, I. González Maqueda⁴ y F. Arnalich¹**¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Bioquímica Clínica, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La insuficiencia cardíaca es un complejo síndrome neurohumoral en el que se generan radicales libres de oxígeno (RO-) y se activan de forma directa o indirecta varios mediadores inflamatorios. No ha sido aún demostrado que estos mediadores influyan en la evolución de la insuficiencia cardíaca. El objetivo de este trabajo es conocer el grado de estrés oxidativo (EO) y el perfil de algunas citocinas proinflamatorias en un conjunto de pacientes con IC ingresados en un hospital terciario, y evaluar el posible valor pronóstico de la determinación de estos mediadores.

Material y métodos. Se realiza un estudio prospectivo de 68 pacientes (38 varones, 55,8%) con una edad media de 71,4 (DE 7,3) años, con diagnóstico confirmado de IC que no habían presentado ningún evento coronario agudo ni episodio infeccioso o inflamatorio durante los 2 meses previos. Se midió la formación de RO- a través de la determinación de lipoperóxidos (malonildialdehído, MDA) y la concentración de citocinas proinflamatorias (TNF, IL-6) y proteína C reactiva (PCR) en el momento de ingreso en urgencias y 3 meses después. Los resultados se compararon con un grupo control de 24 adultos sanos de similar edad.

Resultados. Las tres causas más frecuentes de IC fueron la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica y diabetes que estuvieron presentes en el 81%, 68% y 57% de los pacientes, respectivamente. Se detectó disfunción sistólica de V.I. (F. Eyección < 45%) y disfunción diastólica (E/A < 1.0) en 15 (40,2%) y 7 (9,2%) de los 43 casos estudiados. La mediana de las determinaciones realizadas al ingreso fueron: MDA, 3,6 mmol/l (valor grupo control, VC, 0,1-1,0); TNF, 32 pg/ml (VC 0-20); IL-6, 110 pg/ml (VC 0-10); PCR, 3,90 mg/dl (VC 0-0,8). Los valores a los 3 meses fueron: 1,7 mmol/l, 24 pg/ml, 15 pg/ml, y 0,8 mg/dl. No se observó correlación entre los niveles de MDA y la situación funcional de los pacientes, intensidad de la disfunción sistólica, ni concentraciones séricas de urea o de creatinina. Tampoco se detectó correlación entre los niveles de MDA y las concentraciones de citoquinas o de PCR. La estancia media durante el ingreso fue de 8,8 días. Los pacientes con mayor estrés oxidativo, es decir con niveles de MDA mayores a 3,5 mmol/l tuvieron una mayor estancia media (10,4 días, $p < 0,05$), y mayor tasa de reingresos a los 6 meses (7 pacientes, 32%, versus 5 pacientes, 24%, p NS).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes ingresados por IC presentan una elevada formación de RO- y una elevación de mediado-

res inflamatorios. La mala adaptación al estrés oxidativo puede contribuir a la mayor estancia media hospitalaria, y mayor tasa de reingresos en estos pacientes.

IC-044

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

A. Imaz, J. Recio, T. Fernández de Sevilla, J. Alegre, C. Alemán, T. Soriano, A. Segura y J. Suriñach

Medicina Interna. Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. 1) Describir la incidencia de RAM en pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) y de las variables asociadas. 2) Describir las asociaciones fármaco-RAM. 3) Describir la incidencia de ingreso atribuible a RAM.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo observacional prospectivo de una cohorte de enfermos con insuficiencia cardíaca. Pacientes: enfermos con el diagnóstico clínico (Framminghan) y ecocardiográfico de IC que siguen controles en MI de un Hospital urbano terciario de Barcelona. Se cumplimentó un cuestionario de recogida de datos: filiación y demografía, etiología de la IC, tratamiento de IC. Aparición de RAM y fármacos sospechosos. Algoritmo de gravedad: causa de ingreso, riesgo vital o prolongación de la estancia. Análisis de los datos: Estudio descriptivo de las variables.

Resultados. 421 enfermos de enero de 2002 a junio de 2004 (231 mujeres y 190 hombres) que han seguido controles en consultas externas. Edad media de 75,6 ± 8,7 años. Etiología de la IC: 45% hipertensiva, 40% cardiopatía isquémica, 12% valvular. Se presentaron 72 RAM en 55 enfermos (13,1%). RAM más importantes: 7 insuficiencia renal con hiperpotasemia (4 enalapril, 2 captopril, 1 losartan), 4 hipotiroidismo por amiodarona, 3 cardiotoxicidad por adriamicina, 3 broncoespasmos (2 carvedilol y 1 bisoprolol), 1 descompensación de IC por carvedilol, 1 isquemia arterial aguda por carvedilol, 2 hiperpotasemia por losartan y enalapril, 16 casos de tos incoercible (10 enalapril, 3 captopril, 3 losartan). En 7 enfermos (12,7% de RAM) se produjo a la retirada definitiva sin alternativa terapéutica: 2 enfermos con tos incoercible por losartán, 1 angioedema por losartán, 1 isquemia arterial aguda por carvedilol, 3 enfermos con hiperreactividad bronquial por carvedilol. La tasa de reingresos para la población estudiada fue de 11,9%. La RAM fue causa de reingreso por IC en 9 enfermos (2,1%) y el 21,8% de las RAM precisaron ingreso hospitalario. En 10 enfermos la RAM fue de aparición intrahospitalaria prolongando la estancia en 2 enfermos. No hubo casos mortales. Todos los casos han sido notificados al centro de Farmacovigilancia de Cataluña.

Discusión. Existen escasos estudios en nuestro medio que analicen la aparición de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) en Medicina Interna. Las RAM constituyen un gran problema tanto por el bienestar del enfermo como por los gastos económicos y de recursos sanitarios que de su aparición se derivan. Se estima que entre el 5-10% del total de ingresos hospitalarios está en relación con la aparición de RAM, sobre todo en las personas más mayores. En los EEUU de Norteamérica se ha estimado un coste anual de más de 50 billones de euros anuales para los casi 9 millones de RAM comunicadas en 1995.

Conclusiones. 1. La aparición de RAM es frecuente a pesar de un control estricto de los fármacos pautados y provoca cambios en el tratamiento sin alternativa terapéutica. 2. Una de cada 5 RAM es causa de un ingreso hospitalario. 3. Es necesario considerar la aparición de RAM ante una descompensación en enfermos con IC.

IC-045

VALOR PRONÓSTICO DE LA ANEMIA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

J. Prieto, J. Recio, T. Fernández de Sevilla, J. Alegre, T. Soriano, C. Alemán, E. Ruiz y J. Suriñach

Medicina Interna. Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. 1) Describir la prevalencia de anemia en los pacientes con IC. 2) Relación de la anemia con la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI). 3) Relación de la anemia con la tasa de reingresos y de mortalidad tras 1 año de control ambulatorio.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo observacional prospectivo de una cohorte de enfermos con insuficiencia cardíaca.

Pacientes: enfermos con el diagnóstico clínico (Framminghan) y ecocardiográfico de IC que siguen controles en MI de un Hospital urbano terciario de Barcelona. Se consideraba que los enfermos presentaban anemia atribuible a la IC cuando se cumplían todos los criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión. Criterios de inclusión: Anemia definida según la Organización Mundial de la Salud: hemoglobina (Hb) inferior a 13 g/dl en hombres y 12 g/dl en mujeres. Características de anemia de proceso crónico en el estudio de anemia. Criterios de exclusión: 1. Anemia atribuible a cualquier causa distinta de la IC 2. Presencia de insuficiencia renal (IR) definida como creatinina plasmática superior a 1,4 mg/dl en hombres y 1,3 mg/dl en mujeres. Análisis estadístico: Estudio descriptivo de las variables expresadas en forma de media (desviación estándar), así como sus porcentajes. Determinación del riesgo relativo (RR) e intervalo de confianza 95% (IC95%).

Resultados. Doscientos trece enfermos de junio de 2003 a mayo de 2004 (117 mujeres y 96 hombres) que han seguido controles al menos durante 1 año. Edad media de 75,6 ± 8,7 años. Setenta y tres enfermos presentaban anemia (34,3%). La Hb media de los enfermos con anemia fue 10,87 ± 0,9, No se encontraron diferencias en cuanto a la edad, sexo, etiología de la IC, estancia media, cifras de creatinina plasmática ni FEVI. Hubo 4 pérdidas durante el seguimiento. La mortalidad al final del seguimiento fue de diecinueve enfermos (9,1%) y la tasa de reingresos de 12,1% (veintitrés enfermos). Los enfermos con anemia presentaron un RR de reingreso y de mortalidad de 5,2 (IC95%: 2,26-11,96) y 4,21 (IC95%: 1,67-10,21) respectivamente.

Discusión. La presencia de anemia leve o moderada es un hecho frecuente en los enfermos con IC y que la presencia de una anemia crónica grave se ha asociado con el desarrollo de IC «de novo». Un análisis reciente de Studies Of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) ha mostrado que la anemia es un factor de riesgo independiente en la mortalidad de los enfermos con disfunción del ventrículo izquierdo. Nuestros resultados coinciden en la relevancia de la anemia en la IC como factor de mal pronóstico.

Conclusiones. La anemia moderada en la insuficiencia cardíaca identifica enfermos de alto riesgo, por lo que es necesario una precoz identificación y tratamiento de los factores intercurrentes cuando estos estén presentes.

IC-046

ANÁLISIS DE LOS RASGOS DIFERENCIALES ENTRE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA (MI) O DE CARDIOLOGÍA (CAR)

A. Villoslada Gelabert¹, M. Marco Lattur¹, M. Juan Roca¹, J. Tortella Morro², N. Coll Puigserver², J. Buades Reinés¹ y A. de la Peña Fernández¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Familiar y Comunitaria. Son Llàtzer. Palma de Mallorca, Baleares.

Objetivos. Analizar el perfil clínico, diagnóstico, terapéutico y epidemiológico diferencial entre los pacientes ingresados por ICC en una unidad de hospitalización de Medicina Interna (MI) con respecto a la de Cardiología (Car).

Material y métodos. Estudio de cohorte prospectivo de 101 pacientes ingresados de forma consecutiva con diagnóstico CIE 9 de IC en planta de un hospital de 350 camas (Hospital Son Llàtzer) durante el año 2002. Se realizó el seguimiento durante una mediana de 36 meses. Se establecieron 2 grupos según se había asignado el ingreso a cargo del Servicio de MI o Car. Se analizaron en ambos grupos las siguientes variables: edad, sexo, enfermedades asociadas (diabetes mellitus, enf. pulmonar obstructiva crónica, enf. renal crónica, enf. cerebrovascular, cardiopatía previa), pruebas complementarias realizadas (nº análisis, Rx. de tórax y ecocardiograma), perfil terapéutico y tasa de reingresos. Las comparaciones entre los grupos se contrastaron mediante el test de Fisher (cualitativas) o el test de t (cuantitativas).

Resultados. Se analizaron 101 pacientes (edad: 78,0; d.e.: 10,2 años, 45,5% de sexo varón). El 84, 2% ingresó a cargo de MI (grupo MI) y el 15,8 en Cardiología (grupo Car). Los datos obtenidos se expresan en la tabla 1.

Discusión. A pesar de que la IC es una enfermedad muy frecuente en MI (incluso más que en Cardiología), sin embargo, aún es nece-

sario mejorar en algunos aspectos diagnósticos y terapéuticos para mejorar la calidad asistencial.

Conclusiones. Más del 80% de pacientes con IC ingresaron en la unidad MI. Los pacientes ingresados en MI presentaron mayor edad y grado de comorbilidad (preferentemente nefropatía). Durante el ingreso se realizó un número similar de pruebas aunque Cardiología presentó mejores indicadores en tasa de reingresos y además, realizó una mejor optimización terapéutica que los internistas (en cuanto al bloqueo del SRAA).

Tabla 1. Aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y epidemiológicos. * = media; desviación estándar; ** = N (%).

| | Grupo MI | Grupo Car | p |
|--|------------|------------|------|
| Edad (años)* | 7,8; 9,8 | 72,9; 1,1 | 0,03 |
| Clase funcional II-IV** | 22 (45,8) | 3 (50,0) | 0,85 |
| Fracción de eyección ventrículo izquierdo* | 51,9; 17,9 | 50,0; 14,8 | 0,73 |
| Cardiopatía previa** | 61 (71,8) | 10 (62,5) | 0,55 |
| 2 o más enfermedades** | 26 (36,1) | 1 (7,1) | 0,04 |
| Ecocardiograma** | 42 (49,4) | 12 (75,0) | 0,06 |
| Análisis de sangre* | 10,4; 6,9 | 10,4; 9,8 | 0,91 |
| Rx tórax* | 1,9; 1,1 | 2,0; 2,4 | 0,81 |
| Ti ⁹ con IECA/ARAI** | 52 (61,2) | 14 (87,5) | 0,04 |
| Ti ⁹ con BB** | 26 (30,6) | 5 (31,3) | 0,98 |
| Reingreso < 3 meses** | 30 (40,5) | 1 (7,7) | 0,03 |
| Estancia media* | 8,4;5,2 | 7,1; 4,1 | 0,32 |

IC-047

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS CLÍNICOS, VALORES DE NT PRO-BNP Y DIAGNÓSTICOS FINALES EN PACIENTES CON DISNEA QUE REQUIEREN INGRESO

M. Ramírez Lapausa¹, J. Melero Bermejo², M. de Guzmán García Monge², A. García Reyne¹, J. Antón Santos¹, P. García de la Torre¹, J. Pérez Quero² y A. Monereo Alonso¹

¹Medicina Interna, ²Urgencias. Universitario de Getafe. Getafe, Madrid.

Objetivos. Conocer las características clínicas y los diagnósticos finales de los pacientes que acuden a urgencias por disnea y requieren ingreso. Explorar los valores de NT pro-BNP y evaluar su determinación como prueba diagnóstica de insuficiencia cardíaca (IC).

Material y métodos. Diseño: Estudio prospectivo, observacional y de evaluación de prueba diagnóstica. Emplazamiento: Servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital Universitario de Getafe. Criterios de inclusión: pacientes que acuden por disnea y son ingresados. Criterios de exclusión: creatinina > 2,5 mg/dl, traumatismo torácico y síndrome coronario agudo. Recogida de datos clínicos y analíticos, incluyendo determinación de NT pro-BNP, y los diagnósticos finales según el juicio clínico al alta, en una base de datos MS-Access XP. Análisis: Descripción de las variables clínicas y los valores de NT pro-BNP y comparación de estas entre el grupo de pacientes diagnosticados de IC y aquellos con diagnóstico alternativo. Se utilizaron los tests de la t-student y de la chi-cuadrado. Se realizó una curva ROC y se determinaron la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para evaluar la determinación de NT pro-BNP como prueba diagnóstica de IC. Se utilizó el programa SPSS 11.5.

Resultados. Se incluyeron 49 pacientes. 25 fueron diagnosticados de IC, EPOC (18), infección respiratoria (20), Asma (2) y TEP (1). 27 pacientes fueron incluidos en al menos dos categorías diagnósticas. En los pacientes con IC la edad media fue de 80,5 años, el 75% eran mujeres y un 52% presentaban el antecedente previo de IC. La media del valor de NT pro-BNP en los pacientes con IC fue de 5582 pg/ml (IC 95% 2358-8807) y en los pacientes sin IC fue de 2250 (IC 95% 1141-3359). (p = 0,007). El AUC de la curva ROC fue de 0,68. Con el punto de corte del NT pro-BNP en 578 pg/ml se obtuvo una sensibilidad del 96% y un valor predictivo negativo del 89,7%. Con el punto de corte en 5292 pg/ml se obtuvo una especificidad del 91,3% y un valor predictivo positivo del 78,6%.

Discusión. Con respecto a otros estudios previos, nuestros pacientes tenían una edad media considerablemente mayor, una presentación de la enfermedad más grave y mayor comorbilidad. Todo lo cual probablemente condicione unos valores de NT pro-BNP mayores a los descritos anteriormente. Pese a que encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados, su utilidad como prueba diagnóstica en pacientes con estas características nos parece limitada, aunque reconocemos que el pequeño tamaño muestral y el tomar como «gold standar» diagnóstico el juicio clínico al alta son limitaciones de nuestro estudio.

Conclusiones. La insuficiencia cardíaca fue el diagnóstico más frecuente. La determinación de NT pro-BNP como prueba diagnóstica tiene un valor más limitado al descrito cuando se realiza en pacientes de mayor edad.

IC-048

PERFIL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA

C. Fernández Roldán, M. Parejo Sánchez, C. Tomás Jiménez, A. Pardo Cabello, M. García Jerez, C. López Robles, E. Quevedo Carmona y D. Vinuesa García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario en los servicios de Medicina Interna y Cardiología es la insuficiencia cardíaca descompensada. Con este trabajo pretendemos estudiar si existen diferencias en factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad y variables demográficas entre los pacientes hospitalizados por descompensación cardíaca en los servicios de Cardiología (C) y Medicina Interna (MI) de nuestro hospital.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada, en el periodo comprendido entre enero y agosto de 2005. Se recogieron los datos referentes a presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipemia, cardiopatía isquémica, hiperrreactividad bronquial, EPOC, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular, depresión y prostatismo que figuraban en la historia clínica, así como la edad y el sexo. Para el análisis estadístico se utilizó el cálculo de medias, porcentajes y el test chi cuadrado.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 143 pacientes, que se agruparon según el servicio en que fueron hospitalizados (75 en MI y 68 en C). El 56% fueron mujeres y el 44% hombres. La edad media fue de 74 años, no encontrándose diferencias en la edad ni en la distribución por sexos entre ambos grupos. Los resultados relativos a la presencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM), hiperlipemia (HL), hiperrreactividad bronquial (HRB), EPOC, insuficiencia renal (IR), accidente cerebrovascular (ACV), depresión (D) y prostatismo (P) en ambos grupos se muestran en la tabla anexa. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de enfermos con HTA (80 vs 57,4%) e IR (41 vs 23,5%) en los grupos de medicina interna y cardiología respectivamente (p < 0,005).

Discusión. La IC, al igual que ocurre con otras patologías crónicas, es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad. Esto justifica que en los ancianos se sumen comorbilidades. La hospitalización por IC descompensada se reparte en nuestro hospital entre MI y C, si bien los pacientes ingresados en MI padecen en porcentaje más elevados otras patologías. El que nuestros pacientes padezcan más HTA y más IR, entre otras enfermedades, es importante a la hora de instaurar un tratamiento farmacológico.

Conclusiones. Los pacientes hospitalizados en Medicina Interna por insuficiencia cardíaca sufren hipertensión arterial e insuficiencia renal en un porcentaje mayor que los que ingresan en cardiología.

Comorbilidad en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en los servicios de Medicina Interna y Cardiología.

| | HTA (%) | DM (%) | HL (%) | IR (%) | EPOC(%) | ACV (%) | D (%) |
|------------------|---------|--------|--------|--------|---------|---------|-------|
| Medicina Interna | 80 | 44 | 22,6 | 41 | 38,7 | 10,7 | 21,3 |
| Cardiología | 57,4 | 32,4 | 22,1 | 23,5 | 30,9 | 10,3 | 13,2 |

IC-049

**INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ETIOLOGÍA ATÍPICA
P. Miramontes González, E. Puerto Pérez, J. Martín Oterino, J. Alaez Cruz, M. García Rodríguez, A. Antolí Royo, J. Hernández Criado y N. Cubino Boveda**

Medicina Interna I. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Objetivos. La hernia hiatal tiene una incidencia de 1 cada 5000, Presentación asintomática, a veces da clínica secundaria reflujo gastroesofágico; pirosis, regurgitación, dolor torácico. El diagnóstico se puede realizar por una radiografía de tórax aunque lo más sensible es el estudio gastroduodenal.

Material y métodos. Realizamos estudio retrospectivo de 15 pacientes en la planta del medicina interna durante tres meses que presentaban clínica de insuficiencia cardíaca con refractariedad al tratamiento con diuréticos e IECAS.

Resultados. De todos los pacientes revisamos solamente hallamos dos cuya causa de la mala respuesta al tratamiento era la presencia de una hernia hiatal gigante. Se trataba de una mujer 80a con antecedentes de IM leve, HTA, HDA, hernia hiato. Acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea y DPN con dolor torácico opresivo, retroesternal, en decúbito y tos seca de meses. Exp física: REG, taquipneica, IY a 45º AC: soplo sistólico II AP: Crepitantes bilaterales hasta campos medios. Rx Tórax: cardiomegalia II-III, HVCP I. Ingres con sospecha de ICBV, iniciándose tto con diuréticos, mínima mejoría clínica. Revisión historia antigua presentando Ecocardi:IM leve-moderada, VI no dilatado. FE 76% SPECT: clínicamente + para angina y eléctricamente -. Isquemia anteroapical poco extensa. Se realiza Rx tórax control : nivel hidroaéreo centrorrástico que desplaza la tráquea. Para confirmar diagnóstico realizamos. EGD: hernia hiatal gigante con deslizamiento de la totalidad del estómago al tórax. Se diagnostica de hernia hiatal gigante por deslizamiento con síntomas compresivos por desplazamiento de estructuras mediastínicas. El siguiente paciente hallado era también una mujer 77a con antecedentes de FA, ICCV, hernia hiato. Acude por disnea de grandes esfuerzos, tos seca nocturna. Exp Fisic: BEG, AC : arrítmica. AP: hipoventilación, mínimas sibilancias generalizadas. P. Comp: analítica normal, Rx tórax 1º: cardiomegalia grado II. Ingres con sospecha de ICC. Iniciamos tto diuréticos, mejoría parcial. Ecocardi: FE 74% Rx control: nivel hidroaéreo retrocardiaco. EGD: se confirma malrotación gástrica con hernia de hiato gigante. Diagnóstico: hernia hiatal gigante con síntomas compresivos.

Discusión. Es importante valorar el tamaño y localización de la hernia con EGD, ya que se trata de una patología muy frecuente en pacientes ancianos que presentan además algún tipo de cardiopatía asociada El tratamiento de elección es médico con medidas higiénico dietéticas, inhibidores de la bomba de protones, y procinéticos.. El tratamiento quirúrgico se emplea solo en caso de reflujo G-E con esofagitis grave, estenosis esofágica, sangrado crónico con anemia,síntomas respiratorios por broncopatía por reflujo, etc.

Conclusiones. De todos los pacientes revisados cinco de ellos presentaban hernia de hiato, pero solamente dos tenían una hernia hiatal gigante que les producía una clínica compresiva, que desapareció tras tratamiento quirúrgico, con regresión de la clase funcional de IV a II de la NYHA En pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria, se debe tener en cuenta la hernia de hiato como causa de sintomatología compresiva.

IC-050

TRATAMIENTO AL ALTA HOSPITALARIA CON BETABLOQUEANTES, IECAS/ARA II Y ESPIRONOLACTONA EN PACIENTES CON IC INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA

M. Parejo Sánchez¹, C. Tomás Jiménez¹, C. Fernández Roldán¹, D. Vinuesa García¹, D. Sánchez Cano¹, A. Pardo Cabello¹, J. Callejas Rubio¹ y P. Martín de la Fuente²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. 1) Evaluar en el tratamiento al alta hospitalaria la prescripción de betabloqueantes, IECAS/ARA II y espirolactona, en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) ingresados en Medicina In-

terna y Cardiología. 2) Determinar si los betabloqueantes eran prescritos de «novo» o el paciente lo tomaba previamente.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de IC, durante el período de tiempo de Enero a Junio del 2005, en los servicios de Medicina Interna y Cardiología. Se recogieron los datos de prescripción previa al ingreso de betabloqueantes y al alta de betabloqueantes, IECAS/ARA II y espirolactona, valorando si la prescripción estaba o no relacionada con la FEVI valorada por ecocardiograma.

Resultados. Se recogieron 75 historias en Medicina Interna (MI) (27 hombres y 48 mujeres) y 68 en Cardiología (33 hombres y 35 mujeres), siendo significativa la diferencia de edad entre los hombres, mayor en MI. Tomaban betabloqueantes previamente al ingreso un 22.7% (17 pacientes) y un 30,7% (21 pacientes) de MI y Cardiología respectivamente. Al alta se prescribieron betabloqueantes en un 22.7% y 64.7% en MI y Cardiología respectivamente. Del mismo modo, IECAS/ARA II 74.7% (56 pacientes) y 70,6% (48 pacientes), y espirolactona 26.7% (20 pacientes) y 58.8% (40 pacientes), respectivamente (ver tabla I). La media de la FEVI de los enfermos tratados en cardiología estaba más deprimida que la de los tratados en MI.

Discusión. El tratamiento de la IC está basado en un control óptimo de los síntomas, manejo de los factores de riesgo y prevención del deterioro cardíaco, para ello, entre las medidas farmacológicas aceptadas, los IECAS/ARA II, betabloqueantes y espirolactona tienen un efecto favorable demostrado sobre la supervivencia. En los ingresos en cardiología la diferencia de sexos no es significativa, pero la media de edad en la mujer suele ser mayor. La diferencia en la prescripción de betabloqueantes al alta entre ambos servicios, significativamente superior en cardiología, podría estar justificado por el intento de evitar interacciones medicamentosas o de desestabilizar alguna enfermedad concomitante (insuficiencia renal, FA, etc...), ya que el perfil de los pacientes ingresados en MI es diferente (pluripatológico, plurimedamentado). Los grupos poblacionales eran similares, sólo que las mujeres ingresadas en cardiología tenían significativamente mayor edad.

Conclusiones. 1) En MI se hace un uso menor de betabloqueantes y espirolactona al alta hospitalaria en pacientes con IC lo que podría deberse al perfil clínico diferente del pacientes (polimedcado, pluripatológico). 2) Los valores de la FEVI no parece tomarse como referencia a la hora de prescribir betabloqueantes en el tratamiento. 3) Se aprecia una tendencia a conservar el tratamiento previo al ingreso a la hora del alta en MI.

Tabla 1. Tratamiento al alta hospitalaria.

| | Medicina Interna (n = 75) | Cardiología (n = 68) |
|-----------------|---------------------------|----------------------|
| Betabloqueantes | 17 (22,7%) | 44 (57,7%) |
| IECAS/ARAII | 56 (74,7%) | 48 (70,6%) |
| Espironolactona | 20 (26,7%) | 40 (58,8%) |

IC-051

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL USO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA

M. García Jeréz, C. Tomás Jiménez, M. Parejo Sánchez, A. Pardo Cabello, C. López Robles, E. Quevedo Carmona, D. Vinuesa García y C. Fernández Roldán

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Comparar la frecuencia en el uso de la ecocardiografía en el estudio de la insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología (C), analizando los hallazgos encontrados en dicha prueba. Valorar si existen diferencias en el perfil de los pacientes ingresados por descompensación de IC en ambos servicios.

Material y métodos. Se analizan retrospectivamente los 75 últimos ingresos hospitalarios de pacientes con IC descompensada en el Servicio de MI, así como los últimos 68 pacientes ingresados en

Cardiología por este mismo motivo. Valoramos la realización de ecocardiografía durante el ingreso, o en el año anterior al mismo. Consideramos la edad media de los pacientes de ambos servicios, distinguiendo si han sido sometidos o no a estudios ecocardiográficos. Comparamos los resultados de la ecocardiografía en ambos servicios (FEVI y presencia de hipertrofia/dilatación del ventrículo izquierdo (VI). Estudiamos la frecuencia de cardiopatía isquémica (CI) e HTA en los dos grupos de pacientes.

Resultados. El porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado un estudio ecocardiográfico durante el ingreso por IC o en el año previo a éste, es mayor en el servicio de cardiología (un 76,47% frente a un 58,66%) respecto al de MI. La diferencia en el uso de la ecocardiografía en los servicios de C y MI es estadísticamente significativa (con $p \leq 0,05$). La edad media de los pacientes ingresados por IC descompensada es mayor en el servicio de MI que en C (76,72 años frente a 72,1). De los pacientes que están en la sala de MI, la edad media de los enfermos a los que no se les hace ecocardiograma es de 79,9 años; mientras que la edad media de los pacientes que son estudiados mediante esta prueba es menor (74,4). Comparando los resultados de la ecocardiografía vemos que: - La FEVI de los pacientes ingresados en MI es más alta (la media de las FEVI es de 56,45 frente a 44,67 en Cardiología). La frecuencia de hallazgos de lesiones hipertróficas del VI es más alta en los pacientes ingresados en MI (63% frente al 29,4% de C), siendo menor la presencia de dilatación del VI.

Discusión. La ecocardiografía es una prueba no invasiva que permite evidenciar de forma objetiva el estado de la función cardíaca, siendo el método de elección para el diagnóstico de la IC. En los países occidentales, las causas fundamentales de IC son la HTA y la CI. La HTA en la IC se asocia frecuentemente a la hipertrofia del VI, y a la disfunción diastólica. La dilatación ventricular en la IC, se relaciona más con el IAM (aunque la HTA puede contribuir a esta forma de enfermedad) y la disfunción sistólica. En los pacientes ingresados con IC en MI, hay una mayor prevalencia de HTA y menor de CI, que en los pacientes que se ingresan en Cardiología.

Conclusiones. En el Servicio de MI se hace un menor uso de la ecocardiografía para el diagnóstico y seguimiento de la IC que en Cardiología; habiendo una selección de los pacientes a la hora de realizar dicha prueba, ya que disminuye su uso en los de mayor edad. El distinto perfil de los pacientes que ingresan en ambos servicios, justificaría los diferentes hallazgos ecocardiográficos.

IC-052

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LOS AÑOS 2000 Y 2003

L. Mérida Rodrigo¹, S. Domingo González¹, L. Hidalgo Rojas¹, I. Escot Cabeza¹, F. Moreno Martínez¹, M. Martín Escalante¹, A. Jiménez Puente² y J. García Alegría¹

¹Medicina Interna, ²Unidad de Evaluación. Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Comparar la calidad de los informes de alta hospitalaria de pacientes con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca (IC) en dos años diferentes, de acuerdo a estándares establecidos.

Material y métodos. Análisis comparativo de los informes de alta del año 2000 y 2003 en el Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga). Se recogieron los estándares de calidad propuestos por dos organismos internacionales: Joint Comisión (JC) y American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC). Se comparó el cumplimiento de cada uno de los estándares en el servicio de Medicina Interna en dos años diferentes, 2000 y 2003. Se utilizó la media y proporciones como medida de centralización y se compararon mediante Chi-cuadrado.

Resultados. Se registraron un total de 316 informes de alta (100 en el 2000 y 216 en el 2003). La edad media fue de 74 y 77,7 años respectivamente. El grado de cumplimiento de cada uno de los estándares de calidad fue el siguiente (expresados en porcentaje): Indicación de FEVI 54 en 2000 vs 80,5 2003; tratamiento IECAs 80 vs 80,5; tratamiento digoxina 34 vs 21,5; tratamiento Bbloqueantes 26 vs 39,9; anticoagulación si FA 94 vs 72; Indicación peso 8 vs 3,1; cita seguimiento 61 vs 93,3; recomendaciones si empeoramiento 1 vs 4,1 y consejo antitabáquico 95 vs 22,2 respectivamente. De la comparación del cumplimiento de los criterios de calidad

se establecieron diferencias significativas, en la indicación de la fracción de eyección (FEVI) y el mayor uso de tratamiento con Bbloqueantes en el 2003, con un mayor empleo de la digoxina, la anticoagulación oral si fibrilación auricular y el consejo antitabáquico en el año 2000. No existieron diferencias en el resto.

Discusión. El cumplimiento de los criterios de calidad de pacientes con IC en los servicios de Medicina Interna en el año 2000, es similar a las series descritas en la literatura. Llama la atención el incremento en el uso de Bbloqueantes en el año 2003, superior a los resultados publicados que está en torno al 10%.

Conclusiones. La calidad de los informes de alta hospitalaria de pacientes con IC en nuestro medio ha mejorado a expensas de una mayor indicación de la FEVI y un incremento en el uso de Bbloqueantes, si bien la indicación de monitorización del peso y la actitud ante el empeoramiento de la IC continúan sin cumplirse de forma prácticamente sistemática.

INFLAMACIÓN

IF-001

ENFERMEDAD DE CROHN Y TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)

R. López, R. Ciguenza, F. Baquedano, V. Cañadas, A. Gutiérrez y J. Antolín

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

Objetivos. Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs) son tumores mesenquimales CD117 positivos (c-kit) originados en células intersticiales de Cajal. La asociación entre enfermedad de Crohn y tumor de GIST se ha descrito de forma excepcional. Presentamos un caso y revisamos la literatura.

Resultados. Caso clínico: paciente de 26 años que ingresó por dolor abdominal y fiebre con oclusión intestinal. La laparotomía exploradora mostró estenosis de íleon terminal con inflamación perilesional y adenopatías mesentéricas. Se realizó hemicolectomía derecha sin complicaciones. El estudio anatomopatológico mostró lesiones características de Crohn con componente fibroestenotante y la presencia de un tumor gastrointestinal (GIST) con un diámetro de 3 cm en la unión ileocecal. Tres años después presenta dolor abdominal y síndrome constitucional y en TAC abdominal colección de 9 x 5 cm en psoas derecho que es drenada dejando catéter que se retiró por escasa cantidad de material serohemático con cultivos y citologías negativos. Tres meses después desarrolla nuevamente dolor abdominal con colección retroperitoneal de 12 x 9 cm que comprime la vena iliaca externa derecha y masa inguinal derecha de 4 x 3 cm que comprime el paquete iliofemoral con signos de trombosis venosa profunda femoral derecha. En la Rx de tórax lesiones sugestivas de nódulos pulmonares. Tras laparotomía se drenan 800cc observando la presencia de implantes en peritoneo pélvico, epiploon y rectosigmo. El estudio histológico es compatible con GIST con un alto riesgo de agresividad (29 mitosis por 50 HPFs) iniciándose tratamiento con Imatinib.

Discusión. Los GISTs aparecen en las paredes del tracto digestivo (estómago, intestino delgado, intestino grueso y esófago por orden de frecuencia), puede observarse en apéndice y en ocasiones ser extra gastrointestinal (epiploon, mesenterio y retroperitoneo). El estudio debe incluir tres aspectos: morfológico, inmunohistoquímico y molecular. La positividad del c-kit para CD117 no solo apoya el diagnóstico sino que también predice la eficiencia del tratamiento con imatinib, un inhibidor de la tirosina quinasa. Algunos pacientes con pequeños tumores intestinales asociados con enfermedad de Crohn tenían una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal antes del desarrollo del tumor. Los tumores intestinales que se asocian con mayor frecuencia a enfermedad de Crohn son adenocarcinomas o linfomas. Se han descrito solo 3 casos de enfermedad de Crohn y GIST en la literatura.

Conclusiones. Los tumores intestinales más frecuentes asociados a E. Crohn son adenocarcinomas o linfomas y suelen presentar una

larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal antes del desarrollo del tumor. La asociación entre Enfermedad de Crohn y tumor de GIST es excepcional, siendo este caso el 4º descrito en la literatura.

IF-002

NEUROSARCOIDOSIS (NS): DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 30 PACIENTES

J. Mañá¹, J. Gascón², O. Murillo¹, J. Marcoval³, I. de la Haba¹ y S. Martínez Yélamos²

¹Medicina Interna, ²Neurología, ³Dermatología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. La NS se ha descrito en 5%-10% de los pacientes afectados de sarcoidosis. El objetivo del presente estudio fue analizar la presencia de NS en una serie amplia de pacientes con sarcoidosis.

Material y métodos. De la serie de 499 pacientes diagnosticados de sarcoidosis en el Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona) entre enero de 1974 y julio de 2005 se revisaron las historias clínicas de los pacientes que también habían sido diagnosticados de NS. El diagnóstico de NS se realizó en los pacientes diagnosticados de sarcoidosis que presentaban hallazgos clínicos y valoración neurodiagnóstica sugestiva de NS, con exclusión de otros diagnósticos alternativos, con o sin biopsia positiva del sistema nervioso.

Resultados. Treinta (6%) pacientes fueron diagnosticados de NS (edad media 49 años, rango 23-85 años). Veinte (67%) pacientes fueron mujeres. En 3 (10%) pacientes la afección neurológica constituyó la primera manifestación de la sarcoidosis, en 18 (60%) se presentó concomitantemente con otras manifestaciones sistémicas y 9 (30%) pacientes se presentaron con manifestaciones extraneurológicas. La neuropatía craneal estuvo presente en 17 (57%) de los pacientes (14 con parálisis facial periférica, 6 de ellos bilateral). Diez (33%) pacientes presentaron afección del SNC (6 convulsiones, 3 lesiones ocupantes de espacio, 2 hidrocefalia, 2 meningitis, 2 encefalopatía difusa, 1 afectación hipotálamo-hipofisaria, 1 síndrome motor puro, 1 manifestaciones psiquiátricas). Cinco pacientes mostraron neuropatía periférica y/o miopatía. Las manifestaciones extraneurológicas de la sarcoidosis estuvieron presentes en algún momento de la evolución en el 97% de los pacientes. El LCR se analizó en 13 pacientes: 6 mostraron aumento de los linfocitos y 7 del nivel de proteínas, y 3 de 6 pacientes mostraron presencia de bandas oligoclonales. El EMG fue patológico en todos los pacientes con neuropatía periférica y/o miopatía. La resonancia magnética craneal mostró hallazgos patológicos en 9 de 14 pacientes: 5 presentaron lesiones múltiples hiperintensas en sustancia blanca periventricular y subcortical en la secuencia T2, 3 mostraron lesiones ocupantes de espacio, y 4 mostraron captación meníngea de gadolinio. En 28 pacientes se realizó seguimiento (media 86 meses) y 27 recibieron tratamiento con corticoides orales (6 < 3 meses, 21 > 3 meses). Tres pacientes recibieron además bolus intravenosos de metilprednisolona, un paciente recibió bolus intravenoso de ciclofosfamida y uno metotrexato oral. Nueve (32%) pacientes presentaron remisión completa de la NS, 13 (46%) secuela neurológica leve y 6 (21%) secuela neurológica grave. 40% de los pacientes con afección del SNC mostraron secuela neurológica grave por sólo el 11% de los pacientes con afección de pares craneales o SN periférico (p < 0,07). Dieciséis (57%) pacientes presentaron remisión de la sarcoidosis a los 2 años y 12 (43%) mostraron persistencia de actividad a los 2 años del diagnóstico.

Conclusiones. 1) La frecuencia de NS en nuestra serie de pacientes con sarcoidosis es similar a la descrita en la literatura, 2) En más de la mitad de los pacientes la NS se presentó concomitantemente con la sarcoidosis sistémica, 3) La parálisis facial periférica y las convulsiones fueron las manifestaciones más frecuentes, 4) La afección del SNC fue indicador de mal pronóstico.

Evolución de la NS.

| | SNC | SNP | Total |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Remisión completa/secuela neurológica leve | 6 (60%) | 16 (89%) | 22 (79%) |
| Secuela neurológica grave | 4 (40%) | 2 (11%) | 6 (21%) |
| Total | 10 (100%) | 18 (100%) | 28 (100%) |

IF-003

SARCOIDOSIS Y ENFERMEDAD AUTOINMUNITARIA DEL TIROIDES

J. Lora Tamayo¹, V. Isern¹, O. Capdevila¹, O. Gasch¹, M. Álvarez¹, C. Villabona² y J. Mañá¹

¹Medicina Interna, ²Endocrinología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Se ha sugerido la existencia de una asociación entre la sarcoidosis y las enfermedades autoinmunitarias, en especial, las enfermedades autoinmunitarias del tiroides. El objetivo del presente estudio fue analizar la presencia de enfermedad autoinmunitaria del tiroides en una serie amplia de pacientes afectados de sarcoidosis.

Material y métodos. De la serie de 499 enfermos con diagnóstico de sarcoidosis del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona) entre enero de 1974 y julio de 2005 se revisaron las historias clínicas de los pacientes que también habían sido diagnosticados de enfermedad autoinmunitaria del tiroides.

Resultados. Se constató enfermedad autoinmunitaria del tiroides en 7 de 499 (1.4%) pacientes (5 mujeres y 2 varones; edad media en el momento de diagnóstico de patología tiroidea de 38 años, rango 25-54). En seis pacientes, la sarcoidosis se presentó como un síndrome de Löfgren (eritema nodoso asociado a adenopatías hiliares bilaterales). Tres pacientes presentaron tiroiditis de Hashimoto, tres enfermedad de Graves-Basedow y uno tiroiditis posparto. En todos ellos la serología tiroidea fue positiva. En cinco casos, el diagnóstico de sarcoidosis precedió entre 2 y 16 años al de enfermedad autoinmunitaria del tiroides. Sólo en uno de ellos, la sarcoidosis se hallaba activa durante el desarrollo de la disfunción tiroidea. Un paciente desarrolló enfermedad de Graves-Basedow inmediatamente después de recibir yoduro potásico como tratamiento del eritema nodoso asociado a sarcoidosis. Un paciente había sido diagnosticado de enfermedad de Graves-Basedow 17 años antes del inicio de la sarcoidosis.

Conclusiones. 1) En nuestra serie frecuencia de la asociación de sarcoidosis con enfermedad autoinmunitaria del tiroides fue similar a la descrita en la literatura; 2) La enfermedad autoinmunitaria del tiroides asociada a sarcoidosis cursó tanto con hipertiroidismo como con hipofunción tiroidea; 3) En la mayoría de los casos, el inicio de la enfermedad autoinmunitaria tiroidea no guardó relación con el período de actividad de la sarcoidosis; 4) La administración de yoduro potásico puede desencadenar disfunción tiroidea en pacientes con enfermedad autoinmunitaria del tiroides subclínica.

IF-004

EFFECTO DEL TRATAMIENTO ANTIPALÚDICO EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Ruiz Irastorza, M. Egurbide Arberas, A. Martínez Berriotxo, M. Garmendia Zallo, J. Erdozain Castiella, I. Villar Gómez y C. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Objetivos. Establecer el efecto de los antipalúdicos en la supervivencia de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos. Cohorte prospectiva de 232 pacientes con LES (criterios ACR). Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: tratados o no tratados en algún momento con antipalúdicos (cloroquina o hidroxiclороquina). Se compararon las curvas de supervivencia Kaplan-Meier mediante el log-rank test. La probabilidad individual de haber recibido tratamiento con antipalúdicos de acuerdo con una serie de variables clínicas (propensity score) se utilizó como covariable de ajuste en un modelo de Cox.

Resultados. 204 pacientes (88%) eran mujeres. La edad media (DE) al diagnóstico fue de 31.1 (15.9) años. El tiempo medio de seguimiento fue de 10,8 (6.9) años. 149 pacientes (64%) recibieron antipalúdicos en algún momento, durante una mediana de 52 meses (rango 3-228). 23 pacientes fallecieron durante el seguimiento, 19 de ellos (83%) en el grupo no tratado con antipalúdicos. Ningún paciente tratado con antipalúdicos falleció por causas cardiovasculares. El riesgo de muerte de los pacientes tratados vs no tratados ajustado por el propensity score fue de 0,23 (IC 95% 0,08-0,62, p = 0,004).

Discusión. Aunque este no es un ensayo aleatorizado, estamos ante una serie prospectiva, de largo seguimiento y con ajuste por propensity score. Llama la atención la protección cardiovascular de los pacientes tratados con antipalúdicos.

Conclusiones. Este estudio muestra un efecto protector sostenido de los antipalúdicos en los pacientes con lupus y apoya su utilización a largo plazo. Curvas de supervivencia.

IF-007

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN PULMONAR MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA-DOPPLER EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA

F. García Hernández¹, C. Ocaña Medina¹, R. González León¹, R. Garrido Rasco¹, F. López Pardo², M. Rodríguez Puras², A. Martínez Martínez² y J. Sánchez Román¹

¹Medicina Interna. Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar, ²Cardiología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos. Los pacientes con esclerodermia (ES) representan un grupo de riesgo de primer orden para la hipertensión pulmonar (HTP), con una prevalencia que oscila, según las series, entre el 10 y el 43%. Se aconseja el cribado anual mediante ecocardiografía-doppler (eco-d). Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de HTP entre los pacientes con ES controlados en nuestra Unidad y no diagnosticados previamente de HTP, y valorar los posibles factores relacionados.

Material y métodos. Estudio sistemático, desde enero de 2003, de todos los pacientes con ES no diagnosticados de HTP y controlados en una Unidad especializada, mediante revisión de su historia clínica y realización de eco-d. La presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) se consideró aumentada cuando su valor fue superior a 35 mm de Hg; la elevación se consideró leve-moderada si oscilaba entre 36 y 49, e importante si era superior a 50 mm. Análisis estadístico mediante test 2, con corrección de Yates, y test exacto de Fisher cuando estuvo indicado. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados.** Se completó el protocolo de estudio en 51 pacientes (43 mujeres, edad media $54,9 \pm 14,9$ años, tiempo medio de evolución $8,4 \pm 8,1$ años). La enfermedad era limitada en 29 pacientes (56,9%), y difusa en 22 (43,1%). Existía algún grado de fibrosis pulmonar en 14 pacientes (27,5%), pero la capacidad vital forzada era inferior al 60% sólo en 3 casos (5,9%). La PAPs medida por ecocardiografía estaba elevada en 10 pacientes. La elevación era secundaria en 2 de ellos (a fibrosis pulmonar grave en uno y a insuficiencia cardíaca en otro), y primaria o mixta en 8 (15,7%, 3 con neumopatía intersticial), 4 con enfermedad limitada y 4 con difusa. La elevación de la PAPs era leve-moderada en 4 pacientes e importante en los otros 4. Tras analizar la posible relación de la elevación de la PAPs sin causa secundaria con variables sociodemográficas, clínicas, inmunológicas y ecocardiográficas, sólo se encontró relación significativa con la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo ($p = 0,047$). Se hizo cateterismo cardíaco derecho en 4/8 pacientes con elevación de la PAPs sin causa secundaria (3/4 con elevación importante y 1/4 con aumento leve-moderado), y sólo se confirmó la existencia de HTP en 2 de ellos.

Discusión. La prevalencia de HTP asociada a ES, detectada mediante eco-d, entre nuestra serie de pacientes sin diagnóstico previo de HTP, fue del 15,7%, en el rango inferior de lo comunicado por otros autores. Las otras series son bastante heterogéneas en cuanto a la selección de pacientes, y la mayoría mezcla pacientes con HTP de diversas causas. Aunque se ha descrito su detección más frecuente entre pacientes con mayor edad, nosotros no encontramos relación con ninguna característica sociodemográfica o clínica particular, sólo con la existencia de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (habitualmente leve), y que podría ser causa o consecuencia de la HTP. Sólo se confirmó la HTP mediante cateterismo cardíaco derecho en 2/4 pacientes a los que se practicó (50%), los que estaban sintomáticos y tenían valores más elevados de PAPs en la eco-d. Estos datos hacen pensar que la prevalencia real de HTP entre los pacientes con ES está sobreestimada, y probablemente se deba dirigir el cribaje por los datos clínicos.

Conclusiones. 1) Encontramos elevación de la PAPs medida por eco-d y sin causa secundaria en el 15,7% de nuestra serie de pa-

cientes con ES, con elevación importante sólo en la mitad de ellos. 2) La frecuencia real de HTP entre los pacientes con ES puede estar sobreestimada en estudios basados en determinaciones ecocardiográficas, como se desprende de los estudios realizados mediante cateterismo derecho. 3) Desconocemos el significado de la relación encontrada entre aumento de la PAPs y la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo, que no hemos encontrado descrita previamente.

IF-008

VARIABILIDAD PRONÓSTICA EN LA AMILOIDOSIS RENAL PRIMARIA

T. Abad Rodríguez¹, H. Bouarich², P. De Sequera Ortiz², S. Otero Acebo¹, R. Peñalver Cifuentes¹, M. García Vidal¹, A. Rebollar¹ y A. Martínez Herreuzo³

¹Medicina Interna, ²Nefrología, ³Medicina de Familia. Príncipe de Asturias. Alcala de Henares, Madrid.

Objetivos. La amiloidosis primaria (AL) es un trastorno sistémico producido por el depósito extracelular de proteínas fibrilares. El riñón es un órgano frecuentemente afecto. El pronóstico es malo. El objetivo de esta revisión es analizar los casos diagnosticados de amiloidosis AL mediante biopsia renal en nuestro área de referencia, describir las manifestaciones clínicas y la alteración renal en el momento del diagnóstico, así como la evolución y factores pronósticos.

Material y métodos. Se analizan de forma retrospectiva los casos de amiloidosis renal AL diagnosticados mediante biopsia renal en nuestro hospital.

Resultados. Se han diagnosticado 10 casos, 4 hombres y 6 mujeres, con una edad media de $57,5 \pm 9,9$ años. En el momento de la realización de la biopsia todos los pacientes presentaban proteinuria en rango nefrótico, con una media de proteinuria de $8,2 \pm 5,39$ (4.1-20) g/24 horas. La función renal al diagnóstico fue normal en 5 pacientes. 2 presentaron IR ligera, y los 3 restantes IR moderada-severa (CCr 13-30 ml/min). De ellos 3 pacientes precisaron tratamiento con diálisis (1DP y 2HD) a los 12, 29 y 40 meses del diagnóstico. Debutaron con HTA en el diagnóstico 3 pacientes. En 7 pacientes se detectó una inmunoglobulina monoclonal en suero, 1 se diagnosticó de mieloma múltiple y otro de macroglobulinemia de Waldenström's. Sólo 1 paciente presentó datos ecocardiográficos de amiloidosis cardíaca. Este mismo paciente presentó afectación del SNP, y 2 pacientes amiloidosis hepática. 4 pacientes fallecieron, con una supervivencia media desde la realización de la biopsia renal de $25,6 \pm 29,6$ (1,5-70) meses. Las causas de muerte fueron: insuficiencia cardíaca en el único paciente afecto de amiloidosis cardíaca, hemorragia intraabdominal y dos fallecieron por infecciones (peritonitis e infección respiratoria). Los 4 pacientes fallecidos presentaban IR al diagnóstico. Una paciente con SN severo al diagnóstico (proteinuria de 16,5 g/24 h), ha presentado una remisión, siendo la proteinuria a los 34 meses de 3,4 g/24 horas.

Conclusiones. 1) Existen grandes diferencias en el pronóstico de los pacientes con amiloidosis renal AL. 2) La presencia de Insuficiencia renal en el momento del diagnóstico es un factor de mal pronóstico. 3) La mayoría de los pacientes presentaron el riñón como único órgano afecto. 4) Aunque esta enfermedad se asocia con la proliferación de un clon de células plasmáticas, la mayoría no desarrollaron características de mieloma.

IF-009

ESTUDIO DEL PATRÓN DE CITOCINAS EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) DE LA SARCOIDOSIS

P. Tutor Ureta, R. Castejón, M. Citores, S. Mellorrita, C. Lorences y J. Vargas

Medicina Interna. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Analizar las citocinas en el LBA de los pacientes con sarcoidosis y su relación con la clínica, radiología, evolución y respuesta al tratamiento.

Material y métodos. Se cuantificaron las citocinas (IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, TNF α e IFN γ) en el LBA de 32 pacientes con sarcoidosis mediante la técnica de CBA, que mide de manera simultánea las con-

centraciones de 6 citocinas solubles. Doce pacientes estaban en estadio I, 16 en estadio II y 4 en estadio III. Once tenían un S. Löfgren. Se siguieron 26 pacientes, 8 con una evolución desfavorable (corticodependientes, corticorresistentes o recidiva de la enfermedad). Diez necesitaron tratamiento.

Resultados. Los niveles de IL-6 aumentaban, mientras que los de TNF disminuían con el estadio radiológico. Los pacientes con S.Löfgren tuvieron una concentración de IL-6 menor y de TNFa mayor que aquellos sin este síndrome. Una buena evolución se asoció a una concentración de TNFa mayor. Los pacientes que necesitaron tratamiento tuvieron unos niveles de IL-6 mayor y de TNFa menor que los que mejoraron espontáneamente. No se encontraron diferencias en el resto de citocinas estudiadas (tabla).

Discusión. Los pacientes sin S. Löfgren, estadio radiológico III, evolución desfavorable o una mayor necesidad de tratamiento, tuvieron una concentración mayor de IL-6 y menor de TNFa, sugiriendo un balance de citocinas hacia un tipo 2. Los pacientes con estadios radiológicos precoces, S. Löfgren, evolución favorable o sin necesidad de tratamiento, tuvieron una mayor concentración de TNFa, que sugiere una respuesta tipo 1 más intensa.

Conclusiones. Unos niveles bajos de citocinas de tipo 1 (TNFa) y alto de tipo 2 (IL-6) en el LBA de la sarcoidosis, se relaciona con un estadio radiológico más avanzado, ausencia de S. Löfgren, evolución desfavorable y una mayor necesidad de tratamiento.

Citocinas (pg/ml) en el LBA de la sarcoidosis.

| | | IL-6 | TNF α |
|---------------------|--------------|-------------------|---------------|
| Estadio radiológico | I | 13,9 \pm 6 | 2,8 \pm 0,9 |
| | II | 54,9 \pm 66,3 | 2,1 \pm 0,7 |
| | III | 104,9 \pm 130,6 | 1,6 \pm 0,3 |
| | p** | 0,006 | 0,04 |
| S. Löfgren | Sí | 15,3 \pm 7,2 | 2,9 \pm 0,8 |
| | No | 86,8 \pm 118,8 | 1,9 \pm 0,7 |
| | p* | 0,03 | 0,003 |
| Evolución | Favorable | 24,2 \pm 28,7 | 2,5 \pm 0,8 |
| | Desfavorable | 32,3 \pm 25,3 | 1,5 \pm 0,3 |
| | p* 0,44 | 0,02 | |
| Tratamiento | Sí | 122,6 \pm 131,9 | 1,6 \pm 0,5 |
| | No | 17,5 \pm 8 | 2,7 \pm 0,8 |
| | p* | 0,04 | 0,003 |

**IF-010
FORMAS INUSUALES DE SARCOIDOSIS: ESTUDIO DE 2 CASOS**

P. Fanlo Mateo, C. Pérez García, R. Campos Rivas, D. Etxebarria Lekuona, M. Arteaga Mazuelas y V. Jarne Betrán

Medicina Interna. Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.

Objetivos. Describir dos casos con Hiperparatiroidismo primario y con colitis granulomatosa como manifestación clínica predominante de sarcoidosis.

Material y métodos. Revisión de casos clínicos y de bibliografía asociada.

Resultados. Casos clínicos: Caso 1: paciente de 46 años de origen senegalés, con antecedentes personales de alergia a la penicilina que ingresa por cuadro de dolor torácico localizado en hemitórax izquierdo no modificable con los movimientos, ni con la respiración, que se intensificó en los días previos, además de clínica de astenia, pérdida de fuerza y anorexia de 5 meses de evolución. En la exploración física no había datos relevantes, salvo cierta febrícula, obesidad mórbida y taquicardia a 105 lpm. En los datos analíticos destacaba ligera leucopenia, cociente CD4/CD8 de 5,7, calcio de 11,6 mg/dl y fosforo de 3,4 mg/dl, en la Rx tórax existía una prominencia de ambos hilos pulmonares, con engrosamiento de línea paratraqueal derecha, polilobulado por posible adenopatías, se practicó una determinación de parathormona cuyo valor era de 187, 1 pg/ml y una enzima convertidora de angiotensina con valor elevado (120 u/l). Como pruebas complementarias se relizaron una gamma-

grafía con Tc 99 del cuello, que objetivó hipercapación a nivel del lóbulo inferior izquierdo del tiroides. Para confirmar los hallazgos, se realizó ecografía cervical que evidenció adenoma de paratiroides izquierda. Posteriormente la paciente fue intervenida del adenoma paratiroideo. El examen anatomopatológico reveló granulomas no caseificantes. Caso 2: paciente de 35 años con antecedentes de tabaquismo y toma de anticonceptivos orales que durante 3 años presenta clínica de episodios repetidos de enrojecimiento ocular, con dolor y ensación de bulto, que fueron diagnosticados de brotes de escleritis. Dos años más tarde, la paciente consulta por episodio de lesiones eritematosas violáceas en EEII, ese mismo año ingresa en nuestro servicio por cuadro de dolor abdominal, de tipo retortijones, deposiciones diarreicas, en numero de 4-5 con rectorragias y fiebre. La ecografía y el TAC abdominal mostraban engrosamiento difuso de la pared del colon. Ante los hallazgos, se practicó colonoscopia con biopsia. En la anatomía patológica, resaltaba la presencia de inflamación granulomatosa en mucosa colónica.

Discusión. La sarcoidosis es una enfermedad crónica, multisistémica y de causa desconocida, las manifestaciones clínicas se relacionan directamente con el daño causado por una respuesta inflamatoria granulomatosa linfocito-mononuclear exagerada. Cualquier órgano del cuerpo puede afectarse, pero el más frecuente es el pulmón, aunque otros órganos como la piel, los ojos, el hígado y los ganglios linfáticos pueden ser dañados. Cuando se produce afectación de órganos endocrinos es el eje hipotálamo hipofisario mediante una diabetes insípida la forma más frecuente, del mismo modo las manifestaciones gastrointestinales mayoritariamente se deben a clínica gastroesofágica. Es un hecho poco común que tanto la glándula paratiroidea como la mucosa colónica sean los órganos principalmente dañados.

Conclusiones. La sarcoidosis de forma infrecuente puede producir un cuadro de hiperparatiroidismo primario o una colitis granulomatosa.

**IF-012
TRATAMIENTO CON CICLOFOSFAMIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL DIFUSA SECUNDARIA A ESCLERODERMIA**

E. Moreno², C. Simeón Aznar¹, V. Fonollosa Plá¹, A. Selva O'Callaghan¹, R. Solans Laqué¹, M. Villar Casares¹, J. Bosch Gil¹ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Sección Reumatología. Hospital Vall D'Hebron. Barcelona.

Objetivos. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es la segunda afección visceral en frecuencia en la esclerodermia (ES). Se ha identificado como un factor de mal pronóstico independiente constituyendo la principal causa de muerte en este grupo de enfermos. En la última década se han publicado varios trabajos en los que se observa que el tratamiento con ciclofosfamida (CF) endovenosa (ev) puede mejorar la evolución de la EPID asociada a ES. El objetivo de este estudio es valorar el efecto del tratamiento con ciclofosfamida ev en pacientes con EPID asociada a ES.

Material y métodos. Se incluyen 14 enfermos (13 mujeres y 1 hombre) con EPID asociada a ES. Nueve enfermas tenían ES difusa y 5 ES limitada. La pauta de tratamiento es: CF ev a dosis de 0,5g/m² de superficie corporal mensualmente los primeros 6 meses, bimensual los segundos 6 meses y trimestral durante el segundo año de tratamiento. La valoración pulmonar se realiza antes de iniciar el tratamiento, a los 6, a los 12 y a los 24 meses e incluye: valoración clínica y pruebas funcionales respiratorias (PFR) con determinación de la difusión de CO (DLCO). Se calculan las medianas de los siguientes parámetros funcionales respiratorios expresados en porcentajes del valor esperado: capacidad vital forzada (CVF), volumen espiratorio máximo en el 1er segundo (VEMS) y DLCO. Siguiendo las recomendaciones de la ATS (American Thoracic Society) y de la SEPAR se consideran significativas las variaciones de los valores superiores al 10% para la CVF y del VEMS y del 15% para la DLCO. La estabilidad funcional se considera cuando las variaciones son inferiores al 10% o al 15% para CVF/VEMS y DLCO respectivamente.

Resultados. Todos los enfermos reciben los primeros 6 meses de tratamiento y posteriormente 9 enfermos continuaron bimensualmente 6 meses más (2 se encuentran en el momento actual recibiendo el tratamiento bimensual; 3 enfermos se suspendió el tratamiento: en 2

por linfopenia y una enferma porque fue éxitus por insuficiencia respiratoria secundaria a hipertensión arterial pulmonar asociada) y 7 pacientes han acabado el 2º año de tratamiento (en una enferma se suspendió el tratamiento al año por empeoramiento de la linfopenia y de la hipogammaglobulinemia y la segunda se encuentra en el inicio del 2º año de tratamiento). Todos menos 2 enfermos mejoraron clínicamente de los síntomas respiratorios (disnea y tos). Las medianas de los valores de la CVF, VEMS y DLCO permanecieron estables a lo largo del tratamiento. A los 6 meses de tratamiento sólo 3 enfermos de los 14 presentaron empeoramiento significativo de los valores de la CVF y VEMS y 2 de la DLCO. Presentaron mejoría significativa: 6 en los valores de la CVF, 4 para el VEMS y 3 para la DLCO y permanecieron estables: 5 para la CVF, 7 para el VEMS y 8 para la DCO. A los 12 meses sólo 2 de los 9 enfermos presentaron empeoramiento funcional significativo. Presentaron mejoría significativa: 4 para la CVF, 2 para el VEMS y 1 para la DLCO. A los 24 meses de los 7 pacientes 5 mejoraron (3) o se estabilizaron (2) en la CVF y 5 mejoraron (3) o se estabilizaron en el VEMS. En cuanto a la DLCO en 5 enfermos mejoró (2) o se estabilizó (3).

Discusión. La EPID es uno de los factores que se asocia a un peor pronóstico en los enfermos con ES. Dado que el patrón histológico más frecuente en este grupo de enfermos es la neumonía intersticial no específica se considera indicado realizar tratamiento inmunosupresor. La CF ev es el inmunosupresor que en la actualidad se aconseja utilizar ya que se observa una tendencia a la mejoría clínica y funcional de los enfermos tal y como también observamos en este grupo de pacientes.

Conclusiones. El tratamiento con CF ev estabiliza o mejora la evolución de la EPID asociada a ES en la mayoría de los enfermos.

IF-013
TRATAMIENTO CON BOSENTÁN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN LA ESCLERODERMIA

M. Rivero Rodríguez, C. Simeón Aznar, V. Fonollosa Plá, A. Selva O'Callaghan, R. Solans Laqué, J. Lima Ruiz, C. Pérez Bocanegra y M. Vilardell Tarrés

Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Valorar los efectos del bosentán en la hipertensión arterial pulmonar (HTAP) en enfermos con esclerodermia (ES).

Material y métodos. Desde Diciembre del 2002 hasta Agosto del 2005 6 enfermas con ES e HTAP han recibido tratamiento con bosentán. Cinco tienen ES limitada y 1 ES difusa. El diagnóstico de HTAP se realizó con ecocardiograma-Doppler y se confirmó con cateterismo cardíaco derecho. El tratamiento con bosentán se inició a dosis de 62,5 mg/12 h y tras 4 semanas de tratamiento se aumentó la dosis a 125 mg/12 h. Se realizaron determinaciones analíticas mensualmente. Los parámetros valorados son: las muertes observadas, la evolución de la clase funcional, la medida de PAP por ecocardiograma-Doppler y la capacidad del esfuerzo con la prueba de caminar 6'.

Resultados. Cuatro enfermas estaban en clase funcional III y 2 en clase funcional IV. La mediana de PAP sistólica por ecocardiograma-Doppler era de 73mmHg (rango:59-131). La mediana de la PAP media por cateterismo derecho fue de 39mmHg (rango: 20-59) Se realizó el test de vasoreactividad en 4 y fue positivo en 2 enfermas. Dos enfermas tenían enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), las 2 habían recibido tratamiento con ciclofosfamida ev. presentando buena evolución clínica y funcional una de ellas mientras que la otra mantenía CVF del 37,5% del valor esperado. La mediana de duración de tratamiento es de 17 meses (rango: 1-36). De las 6 enfermas 3 mejoraron en la clase funcional (2 de III a II y 1 de IV a III). De las otras 3: una murió a los 15 días de iniciarse el tratamiento por insuficiencia cardíaca izquierda, se trataba de una paciente que tenía disfunción diastólica grado I detectada por ecocardiograma-Doppler y que acudió a Urgencias hospitalarias 48 horas después de haberse iniciado la clínica cardiológica. A la segunda enferma se tuvo que asociar tratamiento con treprostínil 4 meses después de iniciarse el tratamiento con bosentán pero a pesar de los 2 potentes vasodilatadores presentó crisis renal esclerodérmica y murió 9 meses después de haberse iniciado el tratamiento con bosentán. A la tercera enferma se le asoció iloprost inhalado 5 meses después de haberse iniciado el tratamiento con bosentán presentando buena evolución clínica posteriormente (11 meses de seguimiento). En relación a la evolución de la capacidad al ejercicio

se realizó prueba de caminar 6' en 4 enfermas observándose mejoría en 2 y estabilidad en 1; la enferma que presentó una disminución en el número de metros mejoró clínicamente y la PAP por ecocardiograma-Doppler disminuyó 20 mmHg. En los controles ecocardiográficos realizados a 4 enfermas se observó disminución de la PAP en 2. Las 3 enfermas que evolucionaron favorablemente con tratamiento aislado: una de ellas murió 36 meses después de haberse iniciado el tratamiento por enfermedad neoplásica diseminada de probable origen digestivo; la segunda paciente tiene EPID con CVF del 37,5%(1.07L) por lo que a pesar de presentar mejoría clínica y funcional es portadora de oxigenoterapia domiciliar y está pendiente de trasplante pulmonar.

Discusión. La HTAP es una complicación muy grave de los enfermos con ES con una supervivencia media al año inferior al 50%. Existen varios trabajos en los que se observa que el bosentán mejora la capacidad de esfuerzo y los parámetros hemodinámicos de los enfermos con HTAP asociada a ES pero con una respuesta menos favorable que la que presentan los enfermos con HTAP primaria. En este estudio la mitad de los enfermos se mantienen vivos 18 meses (rango 11-29 meses) después de haberse iniciado el tratamiento y han mejorado o estabilizado su clase funcional. Dos de las 3 muertes registradas no estaban relacionadas directamente con la presencia de HTAP ni con el tratamiento con bosentán: crisis renal esclerodérmica y enfermedad neoplásica.

Conclusiones. El tratamiento con bosentán de la HTAP asociada a ES puede mejorar la evolución de esta grave complicación.

IF-014
EFICACIA, SEGURIDAD, Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ADALIMUMAB

R. Sanz Vila, J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, J. Pérez Silvestre, A. Baixauli Rubio, M. González Cruz, M. Gomis Mascarell y M. García Fabra

Medicina Interna. Sección de Reumatología. General de Valencia. Valencia.

Objetivos. Evaluar la eficacia, seguridad y grado de satisfacción de pacientes con artritis reumatoide (AR) y artropatía psoriásica (APs), tratados con adalimumab (ADM).

Material y métodos. Se incluyeron 54 pacientes: 45 AR y 9 APs. Distribución por sexos: 39 mujeres y 15 varones. Edad media 43,5 años. Tiempo medio de diagnóstico de la enfermedad: 9,6 años. Se valoraron al inicio y a los 3 meses de tratamiento, los siguientes parámetros: VSG y PCR, articulaciones dolorosas (NAD), articulaciones tumefactas (NAT), DAS 28, capacidad funcional (HAQ), cuestionario de grado de satisfacción del enfermo y aparición de efectos adversos. **Resultados.** Abandonaron en tratamiento 4 pacientes (7,4%): dos por reacción local cutánea, una por infección de prótesis de rodilla y una por fallecimiento por insuficiencia respiratoria (paciente con fibrosis pulmonar muy evolucionada). Catorce pacientes tuvieron efectos adversos leves, que no obligaron a suspender el tratamiento (prurito 9 casos, cefalea 3 casos y anorexia en 2 casos). Los siete parámetros estudiados, mejoraron a los tres meses de iniciar el tratamiento, como se muestra en la tabla adjunta.

Conclusiones. El adalimumab demuestra ser un buen fármaco en el tratamiento de la AR y de la APs, mejorando clínica y funcionalmente a los pacientes, ocasionando pocos efectos adversos y generalmente tolerables. La mejoría de los parámetros estudiados y el grado de satisfacción de los pacientes al tratamiento, se evidencia ya a los 3 meses de su inicio.

Resultados.

| | Inicio | A los seis meses |
|-----------------|--------|----------------------|
| VS | 56.5 | 37.2 |
| PCR | 9,6 | 4.3 |
| NAD | 8.1 | 3.9 |
| NAT | 3.9 | 1.9 |
| DAS28 | 4.6 | 3.1 |
| HAQ | 1.95 | 0,95 |
| G. satisfacción | | Positivo en 47 (87%) |
| Efectos adwer. | | 14 leves y 4 severos |

IF-015**PANARTERITIS NODOSA EN UN HOSPITAL TERCIARIO (PAN)**

M. García Fabra, J. Pérez Silvestre, M. Gomis Mascarell, S. Escrivá Cerrudo, A. Baixauli Rubio, J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández y M. González Cruz

Medicina Interna. Sección de Reumatología. General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. La panarteritis nodosa (PAN), entidad poco frecuente, afecta a vasos de mediano calibre. La lesión histopatológica característica necesaria para su diagnóstico, es la arteritis necrotizante. En las series clásicas, el 30% se asociaba a VHB, actualmente esta proporción es muy inferior al disminuir dicha infección. Menos frecuentemente se asocia a infección por VHC, parvovirus B19, leucemia de células peludas (tricoleucemia), AR y LES. **Objetivo:** Valorar las características de esta vasculitis en los pacientes estudiados en nuestro Servicio. **tro Servicio.**

Material y métodos. Hemos realizado un estudio observacional, retrospectivo, y descriptivo de los 20 pacientes diagnosticados de PAN en nuestro hospital y controlados en consultas externas, mediante revisión de historias clínicas. Se han aceptado como PAN aquellos pacientes que cumplían al menos 3 de los 10 criterios de la clasificación del ACR (1990). Se ha utilizado para la realización de la base de datos el MS Access; realizándose el estudio estadístico con el SPSS v 12.

Resultados. La media de edad de nuestros pacientes fue de 55 años, con un predominio en mujeres (60%). La forma de inicio más frecuente fue: un síndrome constitucional (75%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: mononeuritis (85%), artralgias (80%), HTA (60%), fiebre (50%), insuficiencia renal (35%), púrpura (30%), y en menor proporción, livedo reticularis, raynaud, insuficiencia cardíaca, afectación genital. Ningún paciente presentó afectación SNC. La lesión vascular (mediante biopsia) se demostró en el 95%; con un solo paciente con afectación testicular. Entre los datos analíticos destaca la presencia de anemia de proceso crónico 55% de pacientes, con cifras de Hb media 10,65, VSG media 80,45. 4 pacientes (20%) se asociaban con marcadores positivos para VHB, 5 (25%) se asociaban con VHC. Respecto al tratamiento, 80% recibieron tratamiento combinado CORTICOIDES + CICLOFOSFAMIDA, 10% tratamiento sólo con corticoides y 1 paciente (5%) recibió tratamiento para infección por VHB. El 85% presentaron evolución favorable, 3 pacientes (15%) fallecieron (infección por pneumocystis carinii, descompensación hidrópica en cirrosis por VHC, y leucemia aguda).

Conclusiones. 1) La biopsia del nervio sural tras confirmar la afectación neurológica, ha sido la principal forma de diagnóstico anatómopatológico definitivo, con una gran rentabilidad. 2) En nuestra serie, es frecuente la asociación al VHC (25%), quizá justificado por el incremento de la búsqueda de esta asociación en los últimos años.

IF-016**ESTUDIO DE LA VIA IFN-GAMMA/STAT1 EN PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA. CORRELACIÓN CLÍNICA Y UTILIDAD PRONÓSTICA**

L. Martínez Lostao¹, J. Ordi Ros¹, E. Balada Prades¹, A. Segarra Medrano³, J. Majó Masferrer⁴, I. Torres Ramón², M. Rivero Rodríguez² y M. Vilardell Tarres²

¹Laboratori de Malalties Sistèmiques (Medicina Interna),

²Medicina Interna, ³Nefrología, ⁴Anatomía Patológica.

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Analizar la expresión del factor de transcripción STAT1 (Signal Transducer and Activator of Transcription 1) en biopsias renales de pacientes con nefropatía lúpica (NL) de tipo IV, su relación con el estadio, y la evolución de la enfermedad renal en estos pacientes.

Material y métodos. Se ha estudiado la expresión de STAT1 en biopsias renales de pacientes con NL de tipo IV mediante inmunohistoquímica sobre cortes parafinados empleando un anticuerpo primario anti-STAT1 y visualizando las células positivas mediante el método de tinción y revelado con peroxidasa. Como control negativo, se ha realizado la técnica de inmunohistoquímica sobre las biop-

sias renales empleando un anticuerpo primario no relevante. La expresión de STAT1 se ha valorado por dos observadores independientes y se ha cuantificado en grados (0-4). Se ha analizado la relación de STAT1 con distintos parámetros de actividad y evolución de la enfermedad: edad, sexo, tiempo de evolución de LES, índice SLEDAI, función renal (creatinina, proteinuria, sedimento urinario), parámetros inmunológicos (ANAs, anticuerpos anti-DNA, anti-Sm, complemento, inmunoglobulinas) de los pacientes con NL.

Resultados. La tinción de los cortes de todas las biopsias renales con anti-STAT1 resulta positiva respecto al control negativo. Esta tinción se observa sobre todo en células tubulares y fundamentalmente en citoplasma. En algunos casos, también se observa células positivas en el glomérulo tanto en el citoplasma como en el núcleo. Los pacientes con una positividad mayor para la tinción con anti-STAT1 (grados 3 y 4) presentan un índice SLEDAI mayor que los pacientes con una positividad de grados 1 y 2. Además, los pacientes con una mayor expresión de STAT1 (grados 3 y 4) en la biopsia renal presentan con mayor frecuencia parámetros clínicos (insuficiencia renal) y analíticos (proteinuria > 3 g/24h) de severidad de su enfermedad renal que los pacientes con una expresión de STAT1 de grado 1 y 2.

Discusión. Se ha descrito un predominio de la respuesta inmune de tipo Th1 en pacientes con NL de tipo IV. Este predominio de la respuesta Th1 (fundamentalmente debido a la acción de IFN- se ha observado tanto en sangre periférica como en riñón de modo que parece que esta citocina tiene un importante papel en los mecanismos de producción de la inflamación en la nefropatía lúpica de tipo IV. Los efectos biológicos de IFN- dependen principalmente de la actividad de un factor de transcripción denominado STAT1 que transduce la señal de esta citocina al núcleo de la célula y activa la transcripción de los genes estimulados por IFN-. A pesar de que existen importantes evidencias de la implicación de IFN- en la inmunopatología de la NL, se conoce poco de la vía de señalización que regula los efectos biológicos producidos por IFN- en la NL. El propósito de este trabajo ha sido el de estudiar esta vía, analizando la expresión de STAT1 en las biopsias renales de los pacientes con NL de tipo IV. Nuestros datos preliminares indican que la vía de señalización a través de STAT1 está activada en las biopsias renales de estos pacientes. Esta activación se debe probablemente a la estimulación por parte de IFN- que se encuentra localmente presente en el riñón de los pacientes con NL de tipo IV. Además, el grado de activación de STAT1 se relaciona con la actividad del lupus eritematoso y con una mayor severidad de la enfermedad renal. En definitiva, IFN- podría ejercer su acción biológica en el riñón afecto de los pacientes con NL de tipo IV, al menos en parte, a través de la activación de STAT1.

Conclusiones. STAT1 está expresado en grado variable en todas las biopsias renales de pacientes con NL de tipo IV. La expresión de STAT1 en las biopsias renales de pacientes con NL de tipo IV se observa tanto en túbulos como en glomérulos, y tanto en citoplasma como en núcleo. El grado de expresión de STAT1 se relaciona con el índice de actividad de la enfermedad lúpica en pacientes con NL de tipo IV. El grado de expresión de STAT1 se relaciona con la severidad de la enfermedad renal en pacientes con NL de tipo IV.

IF-017**POLISINOVITIS EDEMATOSA DEL ANCIANO. REVISIÓN DE 11 CASOS**

M. Pérez Ramos, A. Benavente Fernández, J. Ramos Clemente Romero, E. García González, M. Romero Jiménez, E. Ramírez Ortiz, M. Del Castillo Madrigal y A. Barrios Merino

Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Objetivos. La polisinovitis edematosa del anciano ó síndrome RS3PE, es un proceso de reciente descripción en el anciano, caracterizado inicialmente por un excelente pronóstico con remisión total. Estudios posteriores ha cuestionado su benignidad e incluso que se trate de una nueva entidad. Nuestro objetivo es describir las características clínico-analíticas, tratamiento y evolución de los pacientes con dicho diagnóstico estudiados en consulta.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con polisinovitis edematosa del anciano atendidos en el Servicio de Medicina Interna a través de la consulta externa en el perío-

do comprendido entre enero de 2000 y junio de 2005. A todos los pacientes se le realizó historia clínica, exploración física, determinación de hemograma, VSG, bioquímica general, factor reumatoideo, ANA y estudio radiológico, estableciendo el diagnóstico según la definición propuesta por Mc Carty y los criterios de inclusión de Olivé. **Resultados.** Once pacientes fueron objeto de estudio, 7 varones y 4 mujeres, con una edad media de 73,5 años. La artritis fue más frecuente en carpo y metacarpofalángicas. La VSG media fue de 42,1 mm/h y la proteína C reactiva media de 6,05. En la radiología simple de manos no se observaron erosiones óseas, sí cambios degenerativos así como discreto aumento de partes blandas. Todos los pacientes fueron tratados con dosis bajas de corticoides orales con una duración media de seis meses. En su seguimiento y tras acabar tratamiento, en tres casos apareció recidiva que se controló con nuevo ciclo de esteroides. No se ha presentado ningún caso de neoplasia asociada ni evolución hacia otras enfermedades.

Discusión. Los resultados de nuestra serie son similares a los de otras en cuanto a su predominio masculino, edad de presentación, localización de la sinovitis, elevación de reactantes de fase aguda, tratamiento empleado y duración de este. A diferencia de otras no hemos observado relación a procesos neoplásicos ni evolución a otros procesos reumatológicos. Destacar que en tres pacientes se produjeron recaídas tras la finalización del tratamiento, que respondieron a nuevo ciclo de esteroides. Se puede utilizar metotrexate en caso de contraindicación a esteroides ó como ahorrador de estos.

Conclusiones. El síndrome RS3PE afecta a ancianos y cursa con polisinovitis simétrica seronegativa de inicio brusco asociado a edema en dorso de manos. En la mayoría de los casos existe elevación de los parámetros inflamatorios. El tratamiento con dosis bajas de esteroides durante un período medio de seis meses ha resultado eficaz. Durante el seguimiento en ningún caso se ha detectado enfermedad asociada como ha sido descrito en otras series publicadas.

IF-018

SARCOIDOSIS: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

Y. Delgado Peña¹, E. Rodríguez Flores¹, C. Miret Mas², B. Batalla Insenser¹, A. Smithson Amat², R. Perelló Carbonell², J. Bugés Bugés¹ y M. Torres Salinas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital del Espíritu Santo. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Objetivos. Descripción de las características clínicas, medios diagnósticos y terapéuticos de una serie de pacientes con sarcoidosis diagnosticados en nuestro hospital en el período comprendido entre mayo de 1988 y marzo de 2005.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes con sarcoidosis en referencia a manifestaciones clínicas, hallazgos analíticos, de función pulmonar, y radiológicos (Rx de tórax, TAC torácico, Gammagrafía con Galio67), métodos diagnósticos (broncofibroscopia, lavado broncoalveolar, biopsia bronquial y transbronquial, mediastinoscopia, biopsia hepática.), posible afección extratorácica y terapéutica utilizada.

Resultados. Fueron diagnosticados de sarcoidosis 16 pacientes; con una media de edad de 47 años (29-80) y predominio femenino (75%), 5 eran fumadores (31%). El eritema nodoso fue el síntoma inicial en el 25% de los casos. Otros síntomas fueron adenopatías cervicales (18%) y fiebre (12%). La radiología torácica fue compatible con estadio I en el 62%, estadio II en el 19% y estadio III en el 19%. El estudio funcional respiratorio fue normal en el 69% de los casos y restrictivo en el 19%. En 14 pacientes se realizó broncofibroscopia que fue diagnóstica en 11 de ellos. En los casos restantes se obtuvo el diagnóstico con mediastinoscopia, toracoscopia o punción biopsia hepática. La gammagrafía con Galio67 fue compatible en la mayoría de los casos. Los niveles de ECA en suero fueron altos en el 50% de los pacientes. El 82% de los pacientes fue tratado con corticoides (60 mg/d) con dosis decrecientes durante un período entre 6 y 12 meses, y en diez casos se obtuvo una remisión completa.

Conclusiones. 1) El diagnóstico de sarcoidosis es poco frecuente en nuestro ámbito y predomina en mujeres. 2) El método diagnóstico más eficaz es la broncofibroscopia con obtención de muestras para biopsia y lavado alveolar. 3) De acuerdo con la experiencia de otros autores, la mayoría de pacientes presentaban un estadio radiológico

I con función pulmonar normal y eritema nodoso como principal manifestación extratorácica de la enfermedad. Este grupo de pacientes ha sido el de mejor pronóstico.

IF-019

CLÍNICA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANTISINTETASA. EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

E. Sanjurjo Golpe¹, A. Selva O'Callaghan², J. Ramos Lázaro¹, G. Delgado Moreno¹, C. Tolosa³, M. Labrador Horrillos² y J. Grau Junyent¹

¹Grupo de Investigación Muscular, Medicina Interna. Hospital Clinic Barcelona. Barcelona. ²Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ³Medicina Interna. Parc Taulí de Sabadell. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Aunque no se han establecido unos criterios diagnósticos definitivos, el denominado síndrome antisintetasa (SAS) se admite ante la asociación de una miopatía inflamatoria idiopática (MII) con una neumopatía intersticial (NI), junto con la existencia de un anticuerpo antisintetasa, siendo el más frecuente el anti-Jo1. Su tratamiento se basa en la administración de inmunodepresores, y su pronóstico se ha supeditado a la progresión de la enfermedad pulmonar. **Objetivos:** describir las características clínicas, inmunológicas y evolutivas de una cohorte de enfermos afectados de SAS.

Material y métodos. Se han revisado las historias clínicas de los enfermos diagnosticados de SAS en el Hospital Clinic y en el Hospital de la Vall d'Hebrón, ambos de Barcelona. De cada enfermo se han recogido los datos epidemiológicos, las manifestaciones clínicas, los resultados del estudio inmunológico, el tratamiento recibido y su respuesta, y la evolución durante el tiempo de seguimiento.

Resultados. Desde el año 1979 se han diagnosticado 53 enfermos, de los que 36 eran mujeres. La edad media fue de 52 años (extremos 15-82). El tiempo medio entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico fue de 25 semanas. Las manifestaciones clínicas fueron: síntomas respiratorios 92%, debilidad muscular 89%, afectación cutánea 68%, artritis y/o artralgiás 62%, mialgias 62%, manos de mecánico 36%, fenómeno de Raynaud 28%, y síndrome seco 21%. Se diagnosticó una MII en el 94% de los casos (32 dermatomiositis y 17 polimiositis), y una NI en el 94%. Del estudio inmunológico destacan 35 enfermos con anticuerpos anti-Jo1 positivos y 17 con presencia de otros anticuerpos no-antisintetasa. El curso de la enfermedad fue monocíclico sólo en 8 enfermos, y policíclico o crónico en el resto. Todos los pacientes recibieron corticoides, pero 42 (79%) requirieron uno o más inmunodepresores diferentes a los corticoides por recidiva o ausencia de respuesta satisfactoria. El tiempo medio de seguimiento fue de 7 años (extremos 1-24). Se registraron 15 muertes, de las que 5 fueron por neoplasia, 3 por progresión de la enfermedad y 2 por infecciones. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la muerte fue de 2,5 años (extremos 4 semanas-10 años).

Discusión. El SAS se da predominantemente en mujeres en edad media de la vida. Asocia prácticamente siempre una MII y una NI, y en el momento del diagnóstico existen otros signos de enfermedad sistémica y fenómenos de autoinmunidad. Sólo el 15% de los pacientes presenta un único brote, y el 80% requiere al menos dos fármacos de forma continuada para controlar la enfermedad. Destaca el diagnóstico de 5 neoplasias mortales durante la evolución y la baja mortalidad atribuida a la progresión de la neumopatía.

Conclusiones. El SAS debe sospecharse en presencia de síntomas respiratorios y musculares, y requiere de un tratamiento agresivo y prolongado desde el momento del diagnóstico. Se debe considerar la posibilidad que sea un síndrome paraneoplásico.

IF-020

INFLAMACIÓN Y DISTROFIA MUSCULAR

J. Ramos Lázaro¹, E. Sanjurjo Golpe¹, G. Espigol Frigole¹, A. Selva O'Callaghan² y J. Grau Junyent¹

¹Grupo de Investigación Muscular, Medicina Interna. Hospital Clinic. Barcelona. ²Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. El diagnóstico de las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), además de por criterios clínicos, se establece siempre median-

te una biopsia muscular, en el estudio de la cual se puede precisar si se trata de una dermatomiositis (DM), de una polimiositis (PM) o de una miopatía con cuerpos de inclusión (MCI). El tratamiento se basa en la administración de inmunodepresores, siendo la MCI y algunos subgrupos de pacientes con DM los que peor responden a la terapéutica. **Objetivos:** describir los casos de 5 pacientes diagnosticados inicialmente de PM que no presentaron respuesta a diferentes regímenes de inmunodepresores y que con posterioridad se comprobó que estaban afectados de una distrofia muscular.

Material y métodos. Se han revisado las historias clínicas de los cinco pacientes y se han recogido los datos epidemiológicos, las manifestaciones clínicas, los hallazgos histológicos de la biopsia muscular, el tratamiento recibido y su respuesta, y la evolución durante el tiempo de seguimiento.

Resultados. Se trata de 3 mujeres y 2 varones de edades comprendidas entre 18 y 45 años. Cuatro pacientes presentaban una clínica de debilidad muscular en cinturas de al menos 3 años de evolución y en el caso restante el diagnóstico inicial de miopatía se realizó por el estudio de una elevación asintomática de creatinina-cinasa (CK). En ningún caso se evidenció un fenotipo distrófico característico en la primera visita. La biopsia muscular evidenció inflamación en todos los casos, orientándose como una MII tipo PM. Todos recibieron tratamiento con prednisona, asociando en dos casos otros inmunodepresores como azatioprina, gammaglobulinas o tacrolimus. Al no evidenciarse respuesta clínica o bien al documentarse en la evolución el desarrollo de un fenotipo característico, se replanteó el diagnóstico concluyendo en 3 casos que se trataba de una distrofia facio-escápulo-humeral (FEH) y en dos casos de una disferlinopatía (DF). Tan sólo en una paciente se documentó con posterioridad la existencia de antecedentes familiares positivos.

Discusión. En general el diagnóstico de las distrofias musculares no suele ofrecer excesivos problemas al existir una historia familiar positiva, un tiempo de evolución largo y, sobretudo, un fenotipo característico. En algunas ocasiones, esto no se cumple, bien porque no existen antecedentes familiares o porque las manifestaciones clínicas en forma de debilidad o mialgias preceden en años a la aparición del fenotipo que define la enfermedad. Si bien en estos casos la biopsia muscular suele ser diagnóstica, algunas veces puede convertirse en un factor de confusión.

Conclusiones. Es importante saber que algunas formas de distrofia muscular pueden cursar con fenómenos inflamatorios prominentes en la biopsia muscular, como es el caso de la DF y la distrofia FEH. El reconocimiento de estas entidades permitirá evitar tratamientos inmunodepresores. Ante una MII, básicamente PM con respuesta nula o solo parcial al tratamiento, deben considerarse otras posibilidades diagnósticas.

IF-021

LA DIETA MEDITERRÁNEA INDUCE UN EFECTO ANTIINFLAMATORIO EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE VOLUNTARIOS SANOS

P. Pérez Martínez, A. García Ríos, C. Marín, R. Gallego, E. Galán, I. Pérez, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez
Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Determinar el efecto de la ingesta prolongada de tres dietas con distinta composición grasa sobre la activación de NF- κ B (nuclear factor B) y VCAM-1 (vascular cellular adhesion molecule), en células mononucleares de sangre periférica de personas sanas.

Material y métodos. Se seleccionaron 16 hombres sanos normolipémicos, con el genotipo de apoE E3/E3. Todos los voluntarios fueron sometidos a tres periodos de intervención dietética de cuatro semanas de duración cada una. La composición de las dietas fue: una dieta rica en grasa saturada (SAT) con 38% de grasa (22% SAT, 12% monoinsaturada, 4% poliinsaturada y 0,4 ácido linolénico), una dieta rica en grasa monoinsaturada (MONO) a expensas de aceite de oliva virgen con 38% de grasa (< 10% SAT, 24% MONO, 4% poliinsaturada y 0,4 ácido linolénico); y una dieta rica en hidratos de carbono (CHO) y en n-3 de origen vegetal compuesta por < 30% de grasa (< 10% SAT, 12% MONO, 8% poliinsaturada y 2% ácido linolénico). La administración de las dietas se realizó de forma aleatorizada y cruzada. Al final de cada período y tras 12 horas de ayuno, se les realizó una extracción sanguínea y se aislaron las célu-

las mononucleares mediante gradiente de Ficoll. NF- κ B se determinó en las proteínas nucleares de estas células mediante el ensayo de geles de retardo (EMSA). Además se determinaron las concentraciones plasmáticas de VCAM-1 con kits de ELISA (R&D systems).

Resultados. La ingesta crónica de una dieta rica en grasa SAT produjo un incremento en la activación de NF- κ B de 2.7 veces superior, que el obtenido tras la ingesta crónica de la dieta rica en MONO ($P < 0,03$) y 1.79 veces frente a la dieta rica en CHO y n-3 ($p = 0,07$). No hubo diferencias significativas entre la dieta rica en CHO y n-3 y la dieta rica en grasa SAT ($p = 0,230$). Además se objetivó un incremento significativo en las concentraciones plasmáticas de VCAM-1 tras la ingesta de la dieta SAT frente a las otras dos dietas ($p < 0,05$).

Discusión. Nuestros datos indican que la ingesta prolongada de una dieta rica en aceite de oliva virgen ejerce un efecto antiinflamatorio, a través de la inhibición del sistema NF- κ B, sugiriendo un papel protector frente a la arteriosclerosis.

Conclusiones. El consumo de una dieta Mediterránea rica en aceite de oliva virgen disminuye la activación de NF- κ B así como los niveles plasmáticos de VCAM-1 en células mononucleares de sangre periférica en personas sanas.

IF-022

RESPUESTA INFLAMATORIA ASOCIADA A LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS INDUCE LA EXPRESIÓN DE IRAK-M Y TOLERANCIA A ENDOTOXINA

L. Soler Rangel¹, C. del Fresno², E. López Collazo² y F. Arnalich Fernández¹

¹Servicio de Urgencias, ²Unidad de Investigación. La Paz. Madrid.

Objetivos. La cardiopatía isquémica es una enfermedad inflamatoria. Distintas moléculas inflamatorias actúan como marcadores de riesgo coronario o en la patogenia de los síndromes coronarios agudos (SCA). El Sistema Innato Inmune (SII) es un mecanismo de defensa conservado a lo largo de la evolución que reconoce a agentes patógenos, iniciando la respuesta inmune. Uno de sus componentes, conocido como IRAK-M (kinasa asociada al receptor de interleukina tipo M), juega un papel clave en la tolerancia a endotoxina. Nuestro objetivo fue averiguar si existe activación del SII en pacientes con SCA y si ello implica tolerancia cruzada a endotoxina.

Material y métodos. Se estudiaron 12 pacientes con Angina Inestable (AI), 9 con Infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IMSEST) y 11 con Infarto de Miocardio con elevación del segmento ST (IMEST). Se aislaron los monocitos de sangre periférica para analizar la expresión génica y los niveles de proteínas de IRAK-M, así como de las citoquinas TNF α , IL-6 e IL-10. Posteriormente se estudió el comportamiento de todas ellas cuando los cultivos celulares eran sometidos a un estímulo con lipopolisacárido, en presencia o no de anticuerpo bloqueante de TNF α .

Resultados. Hemos comprobado que en monocitos circulantes de pacientes con SCA, y no en los de controles sanos, se expresan TNF α e IRAK-M. Los niveles de ambas proteínas son más altos en los pacientes con IMEST que en los que tenían IMSEST, y en ambos grupos eran mayores que en el grupo de AI. El tratamiento «ex-vivo» con LPS fue capaz de regular al alza la expresión de IRAK-M en monocitos de pacientes con SCA. Sin embargo, no ocurrió lo mismo con TNF α . Además, IRAK-M se expresaba en monocitos humanos cultivados en medio suplementado con suero de pacientes con SCA, y no en aquellos que se suplementaban con suero de controles. Sin embargo, si a estos cultivos celulares se les añadía un anticuerpo bloqueante de TNF α , se abolía en parte este efecto.

Discusión. Hemos demostrado que en pacientes con SCA existe una activación del SII. Los factores que desencadenan esta activación no se conocen pero podrían ser partículas LDL-oxidadas, radicales libres, proteínas de estrés térmico, etc, que se sabe tienen una participación en el desarrollo de la aterosclerosis y sus complicaciones, y, por otro lado, son partículas reconocidas por los receptores de membrana que inician la respuesta innata inmune. El hecho de que los niveles detectados de IRAK-M sean mayores en los monocitos de pacientes con IMEST que en los otros dos grupos, y en los pacientes con IMSEST que en los pacientes con AI, concuerda con el comportamiento de TNF α en estos síndromes ya conocido en la literatura, y podría relacionarse con una mayor actividad inflama-

toria a mayor gravedad de la clínica, o en relación con la necrosis. De nuestros hallazgos se desprende que puede existir una tolerancia cruzada a endotoxina en los pacientes que presentan un SCA, algo que viene siendo investigado en los últimos años, a nivel de experimentación animal, en el contexto del daño post-isquemia reperfusión. El hecho de que pacientes sometidos a isquemia presenten a nivel celular una menor respuesta, es decir, tolerancia, al estímulo con lipopolisacárido, apoya esta hipótesis. Por otro lado, parece que un componente libre en el suero de estos pacientes es capaz de provocar dichas respuestas de tolerancia en monocitos de controles sanos, y dicho componente podría tratarse de TNFalfa, dado que se inhibe en parte al pretratar los cultivos celulares con un anticuerpo bloqueante del mismo.

Conclusiones. El sistema de tolerancia inmune, en concreto su componente IRAK-M, está activado en los monocitos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo. La activación de IRAK-M es paralela a la de TNFalfa, siendo mayor en los pacientes con IMEST, seguidos de los pacientes con IMSEST y finalmente en aquellos con AI. La activación de IRAK-M en los monocitos de pacientes con SCA condiciona una tolerancia cruzada al estímulo con lipopolisacárido. Dicha tolerancia está en parte mediada por TNFalfa.

IF-023

TRATAMIENTO DE LA GLOMERULONEFRITIS LÚPICA: COMBINACIÓN DE MICOFENOLATO Y PULSOS DE METILPREDNISOLONA EN LA INDUCCIÓN DE REMISIÓN Y LA ASOCIACIÓN DE TACROLIMUS EN LAS CASOS REFRACTARIOS

J. Ordi Ros¹, M. Urquiza Padilla¹, A. Segarra Medrano², I. Torres Ramón¹, M. Rivero Rodríguez¹, J. Majo Masferrer³, L. Martínez Lostao¹ y M. Vilardell Tarres¹

¹Medicina Interna, ²Nefrología, ³Anatomía Patológica. Vall de Hebron. Barcelona.

Objetivos. Valoración prospectiva de la eficacia del tratamiento de la glomerulonefritis lúpica tipo III, IV y V con micofenolato oral y pulsos de metiprednisolona en la inducción de remisión y más tacrolimus en las formas refractarias. Estudio de 50 casos en un solo centro.

Material y métodos. 50 pacientes de LES (según los criterios de la ACR) y glomerulonefritis lúpica (GMNL) han sido tratados de forma consecutiva y prospectiva con un mismo protocolo. Todos tenían una biopsia renal salvo contraindicaciones u otras dificultades. La fase de inducción de remisión (FIR) (proteinuria < 1 g / día, sin deterioro de la función renal) de la GNFL se realizó con pulsos de metilprednisolona (MP) de 1 g/día/3 días, mofetil micofenolato (MM) 2 gr/día y prednisona oral 1 mgr/kg/día un mes y luego reducción progresiva hasta dosis inferiores a 10 mgr/ día. Si había remisión, se iniciaba la fase de mantenimiento de remisión (FMR), y el MM se reducía 500 mg/cada tres meses, hasta llegar a dosis de 0,5 g/día y completar dos años. En los casos de rebrote se realizaba la misma pauta de inducción de remisión y aumentando el MM 3 g/día. En los casos de no respuesta, también, se aumentaba el MM a 3 g/día. A una evolución desfavorable se añadía al tratamiento tacrolimus (FK 506) oral 0,075 mg/kg/día y ajuste según concentraciones plasmáticas (entre 5-15 ng/ml). Se ha considerado rebrote de la GNFL, al aumento de la proteinuria (> 50% de la previa), persistencia o aumento de hipocomplementemia y de los anti-DNA, con o sin deterioro del aclaramiento de creatinina y GNFL refractaria a la persistencia de la proteinuria, hipocomplementemia y niveles altos de anti-DNA y fracaso al deterioro de la función renal y/ o IRC. Los pacientes con intolerancia digestiva al MM se les espaciaba la medicación a cada 6 h y si persistía se les indicaba micofenolato sódico (MS) 360 mg/12 h. El MM se reducía si los leucocitos eran < 2.500. Los controles clínicos y analíticos eran mensuales hasta lograr la remisión y luego trimestrales. La valoración de la actividad de la enfermedad se realizó mediante un SLEDAI, ligeramente modificado por el grupo. De los 50 pacientes (6 V, 44 H, edad entre 13 - 57 años) tratados, 40 tenían un GNFL IV, 2 GNFL V, 2 GNFL V, GNFL II un caso y en 5 casos no se realizó BR. A las enfermas fértiles, se informó de la necesidad de evitar la gestación por los efectos teratógenos del MM.

Resultados. La intolerancia digestiva al MM se observó en el 14% y de estos el 60% se trataron con MS porque las molestias no se solu-

cionaron con distribución de la dosis cada 6 horas. Nunca se tuvo que reducir la medicación por leucopenia con neutropenia y tampoco se observó amenorrea persistente en ningún caso. Una gestación evolucionó favorablemente sin malformaciones fetales. Se observó un 16% (8 casos) de rebotes en la fase de inducción de remisión (dos casos por abandono de la medicación). El aumento de la dosis de micofenolato a tres g/día no indujo mejor remisión de la nefropatía. A todos estos casos se les añadió FK 506 y en todos ellos indujo remisión de la GNFL. Un caso ha presentado rebrote en dosis de MM en FM de la GNFL. Dos casos han presentado una GNFL refractaria y en tres casos fracaso por IRC. Los tres presentaban una GNFL rebelde o recidivante a tratamientos previos y al inicio un aclaramiento de creatinina < 30%. Una paciente falleció de cáncer de pulmón.

Discusión. Esta pauta original parece confirmar el MM en el tratamiento de la GNFL.

Conclusiones. Un 10% de fracasos de esta pauta en el tratamiento de la GNFL permite concluir que el MM junto con pulsos de MP en la FIR de la GNFL y añadir FK 506 en los casos desfavorables puede ser una buena estrategia del tratamiento de la GNFL. El MM parece un fármaco seguro, aunque la mala intolerancia digestiva, obliga en algunos casos a cambiar por MS, que ha sido bien tolerado.

IF-024

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SEGÚN LA ESPECIALIDAD MÉDICA ENCARGADA DE SU ASISTENCIA. EXPERIENCIA DEL REGISTRO LESAF

C. Díaz Cobos¹, A. Fernández Nebro², J. Gómez Arbesu³, F. López Longo⁴, L. Micó Giner⁵, B. Hernández Cruz⁶, N. Ortego Centeno⁷ y E. de Ramón Garrido¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ³Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Describir y comparar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) incluidos por los diferentes usuarios médicos del registrolesaf.

Material y métodos. Durante los primeros 24 meses de funcionamiento del registrolesaf (mayo del 2003 a abril de 2005), se incluyeron 2199 pacientes que presentaban LES, de los que 1812 (82.4%) fueron registrados por 36 usuarios médicos (613 pacientes registrados por especialistas en Medicina Interna [UEMI], 854 pacientes registrados por especialistas en Reumatología [UER] y 329 pacientes que constituyeron todos los casos de un estudio de prevalencia de LES llevado a cabo en la provincia de Asturias y que pueden considerarse como representativos del conjunto de enfermos con LES en un entorno geográfico bien definido. La información se envía a través de internet e incluye características sociodemográficas básicas, situación vital y los criterios ACR de clasificación de la enfermedad. El registro dispone de los mecanismos de seguridad necesarios y se ajusta a la normativa legal vigente. Cada usuario solo puede acceder a sus propios datos y él es el único que puede modificarlos. La administradora de la página controla los datos que se introducen así como la posible duplicidad de pacientes. La validación de aspecto de los datos se ha llevado a cabo contrastándolos con los resultados de otras grandes series de la literatura.

Resultados. Los pacientes del grupo de referencia tenían más edad al diagnóstico de la enfermedad (37,6 ± 15,8 vs 33,6 ± 14,3 y 32,8 ± 14,2 años) y en el momento del estudio (49,5 ± 15,1 vs 44,8 ± 14,7 y 45,4 ± 14,7 años), pero el mismo tiempo de evolución y similar distribución por sexo que los registrados por UEMI y UER. En el análisis de regresión logística, controlado por las variables anteriores, los pacientes registrados por UEMI tenían con más frecuencia, eritema malar (OR:1.5; IC95%:1.1-2.0), úlceras mucosas (OR:2.2; IC95%:1.6-2.9), manifestaciones neuropsiquiátricas (OR:2.0; IC95%:1.2-3.5), y alteraciones hematológicas

(OR:OR:1.8; IC95%:1.3-2.5) y aquellos registrados por UER tenían con más frecuencia, úlceras mucosas (OR:1.4; IC95%:1.1-1.9) y alteraciones hematológicas (OR:2.1; IC95%:1.6-2.8), que el grupo de referencia. Así mismo los pacientes registrados por UEMI tenían con menos frecuencia, lesión discoide (OR:0.43; IC95%:0.27-0.67) y alteraciones inmunológicas (OR:0.49; IC95%:0.32-0.74), y los pacientes registrados por UER tenían con menos frecuencia, eritema malar (OR:0.68; IC95%:0.52-0.90), lesión discoide (OR:0.64; IC95%:0.45-0.92), y alteraciones inmunológicas (OR:0.73; IC95%:0.49-1.1) que el grupo de referencia.

Conclusiones. Existen diferencias sociodemográficas y clínicas entre los pacientes con LES según la especialidad médica que les atiende, por lo que para evitar sesgos de selección y conocer con mayor exactitud las medidas de frecuencia de la enfermedad y sus características sería necesario incluir el espectro completo de los pacientes con esta enfermedad.

IF-025

ESTUDIO DEL SISTEMA HLA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

M. Ruiz Pombo¹, A. Selva O'Callaghan¹, E. Palou², L. Martínez Lostao³, R. Domínguez Pareto⁴, R. Solans Laqué¹, R. Parra² y M. Vilardell Tarrés¹

¹Medicina Interna, ²Centre de Transfusions y Banc de Teixits (CTBT), ³Unitat de Recerca en Autoimmunitat. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Departamento de Estadística. Universitat Politècnica de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una entidad clínica bien individualizada con un indicador serológico propio, el anticuerpo anti-U1RNP. Los factores genéticos parecen influir en la patogénesis de las enfermedades del tejido conectivo. El objetivo de este estudio es analizar la relación existente entre los diferentes antígenos del sistema HLA y la EMTC.

Material y métodos. Se ha estudiado las frecuencias de diversos tipos de antígenos HLA en 26 pacientes diagnosticados de EMTC, que cumplían los criterios de Sharp, y un grupo control de 52 donantes voluntarios de sangre de cordón. La determinación de los antígenos de clase I se realizó por estudios serológicos y las de clase II por técnicas de biología molecular (PCR-SSO). Ambos grupos se han comparado por análisis de tablas de contingencia. Como test estadístico se utilizó la distribución de chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher cuando fue necesario. Se consideró que existía significación estadística con una $p < 0,05$.

Resultados. Con respecto al estudio del HLA clase I, se detectó una falta de expresión en nuestro grupo con respecto al grupo control, en los alelos HLA-A25, HLA-A26 y HLA-B35 ($p = 0,026$, $p = 0,014$ y $p = 0,047$ respectivamente). En el caso del HLA-B60 y HLA-B62, se observó una mayor expresión que en el grupo control ($p = 0,037$ en ambos casos). En el estudio del HLA clase II, no se hallaron diferencias significativas de expresión, con respecto al grupo control.

Discusión. La presencia de una mayor incidencia en la población sana de ciertos antígenos de histocompatibilidad tales como HLA-A25,HLA-A26 y HLA-B35 hace pensar en un posible efecto protector de la enfermedad. Dicha afirmación podría justificarse teniendo en cuenta que la misión del sistema HLA clase I es presentar los antígenos a los linfocitos T CD8, siendo éstos principalmente supresores de la respuesta inmune; la menor incidencia encontrada de estos antígenos de histocompatibilidad, disminuiría la activación de los linfocitos CD8, y por lo tanto favorecería la aparición de una respuesta inmune exagerada frente a un determinado estímulo antigénico. La contracción del epitope, fenómeno bien descrito en pacientes con EMTC, representaría un agotamiento de la citada respuesta inmune. La ausencia de diferencias significativas en el sistema HLA clase II con respecto al grupo control, contraría a lo referido en estudios previos donde parece existir una mayor incidencia del HLA-DR4 en los pacientes con EMTC, podría deberse al pequeño tamaño de la muestra estudiada.

Conclusiones. Las diferentes frecuencias de antígenos HLA encontradas respecto al grupo control, permite especular sobre el papel que pueden desempeñar en la predisposición a desarrollar la enfermedad ante un determinado estímulo antigénico.

IF-026

ARTRITIS REUMATOIDE: INGRESOS EN MEDICINA INTERNA

T. Pérez Sandoval¹, J. López Caleyá², I. De la Iglesia Fanjul², T. Bajo Franco², L. Martín Rodrigo³ y R. Riera Hortelano²

¹Reumatología, ²Medicina Interna, ³Área de Atención Primaria. Hospital de León. León.

Objetivos. Analizar los pacientes que ingresan en un servicio de Medicina Interna con diagnóstico previo de Artritis Reumatoide (AR).

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de 15 pacientes en cuyos antecedentes figuraba el diagnóstico de AR, que ingresaron en el servicio de Medicina Interna del Hospital de León, en el período desde junio 2004 hasta septiembre 2005. Se analizó el cuadro clínico que motivo el ingreso (Síndrome febril, Síndrome general, Insuficiencia respiratoria y Dolor articular), las características de la AR en lo referente a tiempo de evolución (con o sin asociación a Síndrome de Sjögren), patología concomitante (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca), complicaciones asociadas, tratamiento de fondo ((10) 6-Metil Prednisolona 4-16 mg/día, (8) Metotrexate (MTX) 7,5-15 mg/semana, (2) Deflazacort 12-15mg/día, (3) Leflunomida, (1) Infliximab 3 mg/kg peso y día según pauta, (1) Ciclosporina 150 mg/día y AINE's), efectos secundarios aparecidos y diagnóstico al alta.

Resultados. Se estudiaron 15 pacientes, 8 varones y 7 mujeres. La edad media entre los varones fue de 68,2 años y en las mujeres de 78,6 años. Al ingreso, todos los pacientes tenían el diagnóstico conocido de AR y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 10 años. Los diagnósticos al alta fueron: Infecciones: Estomatitis (1), muguet y herpes labial (1). Infección respiratoria, Neumonía (4). Tuberculosis pulmonar (2). Infección de orina (1). Infección de prótesis de rodilla (1). Celulitis recidivante (1). Manifestaciones extraarticulares de la AR: Síndrome de Felty (1) y Amiloidosis (1). Complicaciones hematológicas debidas al tratamiento: Neutropenia en relación con Leflunomida (1) y MTX (1). Anemia ferropénica (1). Otras: Gammapatía Monoclonal de significado incierto (1), Coleo colitiasis (1), Colelitiasis (1), Descompensación diabética (3), Fractura de pala iliaca (1) y Neumonitis por MTX (1).

Discusión. La AR es una patología con una alta comorbilidad asociada a complicaciones sistémicas aparecidas a lo largo de su evolución y al tratamiento de fondo. De los pacientes revisados, la patología más frecuente fueron las infecciones respiratorias asociadas al tratamiento inmunosupresor (MTX) y antiTNF (Infliximab). Los efectos adversos hematológicos se asociaron con el uso de MTX y Leflunomida. La evolución de la enfermedad(media de 10 años) es concluyente con el hallazgo de complicaciones sistémicas (Felty y Amiloide secundaria).

Conclusiones. Pese a un adecuado control de estos pacientes, las complicaciones sistémicas y efectos adversos de la medicación, siguen siendo causa de ingreso frecuente en Medicina Interna. El conocimiento por parte del internista de las nuevas terapias utilizadas facilitará el diagnóstico y abordaje de estas complicaciones en pacientes con AR.

IF-027

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ESTENOSIS SUBGLÓTICA EN PACIENTES CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER

R. Solans Laqué¹, J. Bosch Gil¹, M. Canela², I. Torres¹, J. Lorente³, C. Simeón Aznar¹, V. Fonollosa Pla¹ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Medicina Interna, ²Cirugía Torácica, ³Otorrinolaringología. Valle Hebron. Barcelona.

Objetivos. Determinar la prevalencia de afeción traqueal subglótica en una serie de pacientes afectos de granulomatosis de Wegener (GW), las manifestaciones clínicas asociadas y la evolución de la misma tras tratamiento.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes afectos de GW y estenosis subglótica, controlados en un Servicio de Medicina Interna durante un período de 20 años (1985-2005)

Resultados. De los 45 enfermos afectos de GW controlados en nuestro Servicio (25 hembras, 20 varones; edad media: 44 años

[14-80 años]), 5 pacientes (3 hembras y 1 varón), con una edad media de 33,6 años (27-47 años) presentaron afección traqueal con estenosis subglótica. La estenosis subglótica fue la forma de presentación de la enfermedad en 3 casos, y apareció durante la evolución de la misma en otros dos. Los síntomas clínicos iniciales fueron tos, disnea (estridor en 3 casos) y afonía. Todos los pacientes habían presentado previamente afección rinosinusal más o menos llamativa, y 3 presentaban deformidad nasal en «silla de montar». Tres pacientes habían presentado otitis media, y 2 pacientes presentaban afección orgánica severa (pulmonar, digestiva, neurológica). El diagnóstico se efectuó mediante fibrolaringoscopia, TAC cervical y biopsia de la lesión, que puso de manifiesto la existencia de una vasculitis necrotizante. Los ANCA sólo fueron positivos en los 2 pacientes que presentaban una forma generalizada de la enfermedad. Todos los pacientes recibieron tratamiento con prednisona (1 mg/kg/día) durante un mínimo de 6 meses y 3 fueron además tratados con ciclofosfamida oral (100 mg/día) durante un periodo de 12-24 meses, 2 de ellos por presentar afección severa extratraqueal, y 1 por presentar recidivas locales a pesar del tratamiento quirúrgico, dilatación traqueal endoscópica y tratamiento esteroideo. Dos enfermos requirieron traqueostomía inicialmente, y 3 resección quirúrgica (microcirugía + dilatación traqueal). En 2 casos se colocó una prótesis traqueal de Montgomery, que fue recambiada en 2 y 4 ocasiones respectivamente. En 3 casos se inyectaron corticoides localmente, sin complicaciones. El periodo medio de seguimiento fue de 8,1 años (6 meses-20 años). Ningún paciente ha fallecido hasta la actualidad.

Discusión. La GW es una vasculitis sistémica caracterizada por la formación de granulomas con necrosis, que típicamente afecta a las vías respiratorias altas y bajas, y al riñón. La afección traqueal subglótica se presenta en un 10- 20% de los pacientes, puede ser la primera manifestación de la enfermedad o presentarse durante el curso de la misma en pacientes con enfermedad generalizada, y puede persistir o progresar a pesar del tratamiento inmunosupresor, requiriendo tratamiento quirúrgico. Cuando se presenta de forma aislada no suele ser necesario el uso de tratamiento esteroideo sistémico, ni el uso de citotóxicos. Nuestros resultados apoyan los referidos en la literatura, en cuanto al manejo terapéutico de dicha entidad, ya que los pacientes que presentaron estenosis subglótica de forma aislada, respondieron al tratamiento local con esteroides y a la dilatación traqueal endoscópica, precisando sólo el uso de corticoides sistémicos o la colocación de prótesis endotraqueal, sin ser necesaria la administración de agentes citotóxicos. Al contrario, cuando la estenosis subglótica apareció en pacientes con afección sistémica grave, requirió además de tratamiento local, la administración de ciclofosfamida.

Conclusiones. La afección subglótica en la GW es poco frecuente (11,11% en nuestra serie), pero grave si el tratamiento no es enérgico desde el diagnóstico. La mayoría de pacientes requiere tratamiento quirúrgico (microcirugía) y dilatación endoscópica, además de tratamiento esteroideo local o sistémico. El uso de ciclofosfamida debe reservarse para enfermos con enfermedad generalizada (afección orgánica grave) o para casos rebeldes.

IF-028

APLICACIÓN DE LA ULTRASONOGRAFÍA-DOPPLER EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

J. Pérez López¹, R. Solans Laqué¹, R. Delgado², J. Bosch Gil¹, C. Molina², A. Selva O'Callaghan¹, C. Simeón Aznar¹ y M. Vilardell Tarrés

¹Medicina Interna, ²Neurología. Valle Hebrón. Barcelona.

Objetivos. Valorar la utilidad de la ultrasonografía-Doppler en el diagnóstico de la arteritis de células gigantes, su sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y positivo, y su capacidad para guiar la biopsia de la arteria temporal.

Material y métodos. Fueron examinados 52 enfermos, de entre 64 y 93 años de edad, con una edad media de 77,6 años. Aplicando los criterios diagnósticos estándares, 34 padecían arteritis de células gigantes (23 confirmados por biopsia), 12 tenían polimialgia reumática, y 6 tenían otros diagnósticos. Todos ellos fueron examinados simultáneamente Doppler color y ultrasonografía tipo duplex, con escáner lineal de alta resolución (L, 10 a 5; 10 a 5 MHz, longitud

del escáner de 38 mm; ATL Ultramark 9 HDI, Advanced Technology Laboratories, Bothell, Wash) estudiando fundamentalmente la existencia de halo y/o estenosis en las arterias temporal y oftálmica. El examinador desconocía la orientación diagnóstica.

Resultados. Se halló una clara relación entre el diagnóstico clínico de arteritis de células gigantes y la positividad histológica en la biopsia de la arteria temporal, y también con la presencia de halo y estenosis en las arterias temporal y oftálmica. La relación fue estadísticamente significativa en el caso de la presencia de halo y no en el caso de la presencia de estenosis. En este sentido, la presencia de halo en la pared de la arteria temporal alcanzó una sensibilidad del 56%, una especificidad del 77%, un valor predictivo positivo del 50% y un valor predictivo negativo del 81%.

Discusión. El diagnóstico de la arteritis de células gigantes requiere siempre que sea posible la realización de una biopsia en la arteria temporal que confirme el diagnóstico de vasculitis, pequeña intervención que no está libre de riesgos como la parálisis facial o la isquemia del cuero cabelludo. Por ello, recientemente se han investigado distintas técnicas diagnósticas no invasivas (ultrasonografía-Doppler, RMN, Gammagrafía con galio 67), con resultados discordantes. La ultrasonografía-Doppler permite visualizar en los pacientes afectados de arteritis de la temporal un halo hipocóico, que se considera específico, pero la técnica depende en gran modo de la experiencia del explorador. Nuestros resultados sugieren que la ausencia de halo en la arteria temporal tiene un elevado valor predictivo negativo, y permite descartar la Arteritis de células gigantes si además los síntomas clínicos son poco sugestivos.

Conclusiones. Ante un enfermo con clínica altamente sugestiva de arteritis de células gigantes, si la realización de la biopsia es difícil o la biopsia no es concluyente, la presencia de halo en la arteria temporal apoya el diagnóstico y el inicio de corticoterapia a dosis altas. Por el contrario, ante un enfermo con clínica poco sugestiva de enfermedad de Horton, la ausencia de halo nos permite descartar esta entidad. Además, si sospechamos una polimialgia reumática, la presencia de halo en el duplex de la arteria temporal obliga a realizar una biopsia de la misma. Por último, la aplicación de la ultrasonografía tipo duplex puede aumentar la sensibilidad de la biopsia de la arteria temporal, al poder detectar las zonas de mayor afectación arterial.

IF-029

RESPUESTA INFLAMATORIA/ANTIINFLAMATORIA EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

R. Serantes¹, J. López², M. Jiménez Lendinez², R. Codoceo³, C. Montiel³ y F. Arnalich¹

¹Medicina Interna, ²Cuidados Intensivos, ³Bioquímica Clínica y Farmacología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La intensidad de la respuesta inflamatoria sistémica, y de la consiguiente respuesta antiinflamatoria compensatoria, pueden ser determinantes de la buena o mala evolución de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC). **Objetivos:** Conocer la concentración sérica y la capacidad de producción ex vivo por monocitos circulantes de dos citoquinas proinflamatorias: interferon-gamma (IFN- γ) e interleuquina-18 (IL-18), y de la citoquina antiinflamatoria IL-10, que no han sido estudiadas simultáneamente en pacientes con NAC. Las citoquinas fueron medidas al ingreso en urgencias.

Material y métodos. Se incluyeron un conjunto de 38 pacientes ingresados en la UCI, divididos en dos grupos: grupo I: 23 pacientes con NAC grave (pneumonia severity index, PSI, Fine et al, 4-5; SAPS II score 18-24) y b) grupo II: 15 pacientes con NAC grave complicada con shock séptico (PSI 4-5, SAPS II score 24-34). Se determinaron las concentraciones de citoquinas en suero y en sobrenadante de cultivo de monocitos de sangre periférica estimulados con LPS.

Resultados. Ocho pacientes del grupo 2 fallecieron durante la hospitalización, y los treinta pacientes restantes se recuperaron completamente. La mediana de las concentraciones plasmáticas de estas citoquinas al ingreso fueron similares en ambos grupos de pacientes: IFN- γ 220 versus 235 pg/ml; IL-18: 330 versus 315 pg/ml; IL-10 130 versus 145 pg/ml. Los pacientes con NAC complicada con shock séptico mostraron una significativa reducción en la capacidad

de producción IFN-g por los monocitos circulantes (mediana, 2470 pg/ml versus 5650 pg/ml, $p < 0,01$), junto a una sobreproducción de IL-10 (1730 pg/ml versus 1120 pg/ml, $p < 0,01$). En comparación con los pacientes del grupo I, los pacientes con NAC complicada con shock séptico y aquellos que fallecieron mostraron una significativa reducción de la capacidad de producción de IFN-g (2.15 y 2.42 veces inferior, respectivamente), que se asociaba a una sobreproducción de IL-10. Mediante análisis multivariante se demostró que una menor producción de IFN-g se asociaba de forma independiente con un riesgo 5.7 veces superior de presentar shock séptico, y un incremento de riesgo de mortalidad de 2.7.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes ingresados por NAC grave complicada presentan en las primeras 24 horas un déficit en la capacidad de producción de interferon-gamma por los monocitos circulantes, que se correlaciona con la tasa de mortalidad. La determinación de la capacidad de producción de IFN-g por los monocitos, o de su concentración intracelular, podría ser útil para detectar precozmente el subgrupo de pacientes con NAC de alto riesgo y posible evolución a shock séptico.

OSTEOPOROSIS

O-001

ESTUDIO DE LA IMPORTANCIA DADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA A LA OSTEOPOROSIS

P. Sánchez Molini¹ y C. Sanz Sebastián²

¹Medicina Interna, ²Medicina Preventiva. Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Evaluar en un Servicio de Medicina Interna cual es la importancia que se da a los signos radiológicos y a los factores de riesgo de osteopenia/osteoporosis

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2004 en el Hospital Universitario de la Princesa de Madrid. Se calculó una muestra para una precisión del 7% y un error alfa del 5%. Se realizó un muestreo aleatorio simple. Se han revisado los informes de alta en el programa informático específico disponible en el Hospital y los informes radiológicos en el HIS del mismo. Las variables estudiadas han sido: edad, sexo, realización de radiografía de torax, realización de radiografía de columna, resultado de radiología de torax y de columna (normal, patológica (osteopenia/osteoporosis/aplastamiento)), presencia de factores de riesgo para osteopenia/osteoporosis, constancia en el informe de alta de la existencia de osteopenia/osteoporosis y tratamiento relacionado con dichos factores de riesgo. Respecto a la existencia de patología en la radiología, se han considerado todas las radiografías realizadas en el año anterior al episodio de hospitalización considerado. Se ha realizado un estudio descriptivo describiendo las variables cuantitativas mediante la media y la desviación estándar y las cualitativas mediante el porcentaje.

Resultados. Se han estudiado 108 pacientes. La edad media ha sido 80 (DE = 12) años. El 71% eran mujeres. Se había realizado radiología de torax a un 80,6% y de columna a un 6,5% de los pacientes. Se objetivó la presencia en la radiología de torax de signos de osteopenia/osteoporosis/aplastamiento en el 11,5% de los pacientes y en la columna en el 43%. Había factores de riesgo relacionados con la patología considerada en el 9,3% de los pacientes. La presencia de signos radiológicos de osteopenia/osteoporosis/aplastamiento no constaba en el informe de alta en el 46% de los pacientes con radiología patológica. En el 50% de los pacientes no se consideraba en el informe de alta la existencia de factores de riesgo. No constaba tratamiento específico en el informe de alta en el 77% de los pacientes en los que estaba indicado.

Discusión. La osteoporosis es una patología muy prevalente en nuestro medio para la que existen medidas terapéuticas efectivas. En este estudio se verifica que la importancia de la osteopenia/osteoporosis es infravalorada, probablemente por la urgencia terapéutica de patologías más agudas, en la atención en hospitalización de pacientes en un Servicio de Medicina Interna.

Conclusiones. Se han detectado importantes áreas de mejora en el manejo de los pacientes con osteopenia/osteoporosis en un Servicio de Medicina Interna hospitalario, especialmente en cuanto al informe de alta, en el que frecuentemente se omite su existencia y el tratamiento indicado.

O-002

EL INGRESO HOSPITALARIO COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE FRACTURAS

C. Serrano Fernández, H. Gómez Gómez, C. Mirete Ferrer, M. Priego Valladares, F. Camarasa García, M. Serrano Mateo y L. de Teresa Parreño

Medicina Interna. San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Objetivos. Comprobar si el ingreso hospitalario en los servicios de Medicina Interna podría servir como herramienta para detectar y/o iniciar tratamiento preventivo de fracturas en pacientes mayores de 65 años. Comparar, asimismo, si ha mejorado la detección de factores de riesgo y la cumplimentación de medidas preventivas entre pacientes vistos en enero de 2001 y pacientes vistos en enero de 2005.

Material y métodos. Se han recopilado todos los informes de alta de los pacientes atendidos durante enero del 2001 y se han seleccionado todos aquellos mayores de 65 años. Se ha evaluado si en el informe constaba el diagnóstico de osteoporosis o se hacía referencia al mismo en las pruebas complementarias; se ha observado también si constaba alguna medida preventiva y/o tratamientos para osteoporosis o para prevención de fracturas. Se ha realizado el mismo tipo de observación en los informes de alta correspondientes a enero del 2005 y se describen los resultados.

Resultados. Enero de 2001: 120 pacientes ingresados. 59 mayores de 65 años. 13 fallecidos. 3 informes perdidos. Pacientes evaluados mayores de 65 años: 43. Diagnóstico de Osteoporosis: 2. 1 paciente sin tratamiento. 1 paciente con calcio, vit D y bifosfonatos. Corticoides al alta: 10 9 sin tratamiento. 1 con calcio y vit D. Ancianos restantes: 31 30 sin ninguna medida. 1 con calcio y vit D. Enero de 2005: 195 pacientes ingresados. 152 mayores de 65 años. 15 fallecidos. 1 informe perdido. Pacientes evaluados mayores de 65 años: 136. Diagnóstico de Osteoporosis: 6 3 sin tratamiento. 2 con calcio, vit D y bifosfonatos. 1 con calcitonina. Osteopenia radiológica/deformidades vertebrales: 4 sin tratamiento. 1 con calcio y vit D. Corticoides al alta: 20 sin tratamiento. 1 con calcio, vit D y Calcitonina. Ancianos restantes: 93 sin ninguna medida. 11 con calcio y vit D.

Discusión. La revisión de los informes de alta hospitalaria de un servicio de medicina interna, nos muestra la escasa atención que se presta a pacientes de alto riesgo de fracturas como son los pacientes mayores de 65 años. Existen pocos diagnósticos de osteoporosis, apenas se tratan situaciones de muy alto riesgo como son las derivadas del tratamiento esteroideo y no se instauran medidas de ningún tipo para prevenir las fracturas osteoporóticas en una población mayor de 65 años. A partir de la observación de este hecho descrito en 2001 (y posteriormente por otros autores, proyecto COSMIS) en nuestro hospital se creó una unidad de Osteoporosis llevada por un internista y con la colaboración de los demás miembros del equipo médico. En los años siguientes, el trabajo de esta unidad ha ido creciendo y dispone de un área ambulatoria para seguimiento y estudio de los pacientes. Asimismo se participa de forma activa en programas de divulgación dentro del hospital y en las sesiones médicas habituales. Todo esto nos hizo creer que la sensibilidad hacia la Osteoporosis habría ido en aumento, de tal manera que se volvió a realizar el mismo estudio en enero de 2005 con la sorpresa de que los resultados fueron parecidos. Llama la atención que, en una encuesta reciente (grupo de trabajo de Osteoporosis de la SEMI) y dirigida a internistas, el 90% contestaron que la Osteoporosis puede y debe ser tratada por internistas.

Conclusiones. Tras la descripción de los resultados, la conclusión podría ser que la Osteoporosis es la «gran olvidada». El ingreso hospitalario en los servicios de Medicina Interna podría ser una oportunidad de «oro» para identificar aquellos pacientes con alto riesgo de fractura e intentar instaurar las medidas necesarias para que esto no llegue a suceder. Esta oportunidad se pierde de forma cotidiana. Vemos a los pacientes de riesgo, tenemos los medios diagnósticos y

terapéuticos y el conocimiento para aplicarlos; sin embargo no lo hacemos.

**O-003
PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA. RESULTADOS PRELIMINARES**

N. Galofré¹, J. Oriol², M. Peña³, S. Fernández², L. Ortega², C. Castaño⁵, J. González⁵ y J. Grau¹

¹Medicina Interna, ²Neumología, ⁴Reumatología, ⁵Unidad de Calidad. Hospital Municipal Badalona. Badalona, Barcelona. ³Unitat de Recerca de Fisiopatologia Óssia i Articular (URFOA). Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona.

Objetivos. La osteoporosis (OP) es un hallazgo frecuente en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) avanzada. Nos proponemos valorar la prevalencia de OP en nuestros pacientes con EPOC.

Resultados. Se observó que en un 12.5% (4/32) tenían antecedentes de OP familiar y FX vertebral previa. Se diagnosticó de Hipovitaminosis D (niveles de 25OH D < 15 ng/ml) en 19/30 pacientes (63.3%) y de hiperparatiroidismo (HPP) (PTH > 53 pg/ml) en 21/30 (65.6%), en 16/30 el HPP fue secundario a la hipovitaminosis. SE detectó hipogonadismo en 11/32 (34.4%). El resto de resultados se resumen en tablas 1 y 2.

Conclusiones. 1) La prevalencia de osteoporosis en pacientes con EPOC es alta (62,5%). 2) La ingesta de calcio diaria está muy por debajo de la dosis recomendada. 3) En el 76.2% de los casos el HPP fue secundaria a hipovitaminosis.

Datos más significativos.

| | |
|--------------------------|-----------------|
| Edad (años) | 70,31±6.61 |
| Calcio (mg/dl) | 417.74±206.38 |
| Tabaco (nº paq/año) | 52±26.97 |
| FEV1-b (cc) | 942.26±226.96 |
| FEV1-postpb (cc) | 977.10±220.91 |
| T. 6 minutos (mts) | 359,82±94.45 |
| CSO (mg) | 1094.06±1323.40 |
| CSI (mg) | 1200,50±608.44 |
| Nº CSO | 2.06±2.12 |
| IMC (kg/m ²) | 28.05±5.61 |

Resultados densitométricos.

| | Osteopenia | Osteoporosis |
|---------|------------|--------------|
| No | 12 (37,5%) | 12 (37,5%) |
| Lumbar | 8 (25%) | 2 (6,3%) |
| Femoral | 7 (21,9%) | 11 (34,4%) |
| Ambas | 5 (15,6%) | 7 (21,9%) |

**O-005
OSTEOPOROSIS GENERALIZADA EN PACIENTE DE 34 AÑOS: SÍNDROME DE FANCONI**

A. Torres Vega, E. Rubio Roldán, M. Velez Tobaría, M. Bethencourt Feria, N. Pérez Rodríguez, F. Martín Hernández y J. Escobedo Palau

¹Medicina Interna. Ntra Señora de Candelaria. S/C de Tenerife.

Objetivos. Exponemos, con nuestro caso clínico, la importancia de descartar un Sd de Fanconi ante el hallazgo de una glucosuria importante.

Material y métodos. Presentamos el caso clínico de una paciente que se diagnosticó de síndrome de fanconi en el Hospital Nuestra Señora de Candelaria y bibliografía del mismo.

Resultados. Caso clínico: Paciente de 34 años que acude a urgencias por gran dificultad a la deambulación y dolores óseos generali-

zados de dos meses de evolución llegando a precisar muletas para la deambulación. Como antecedentes personales de interés, la paciente presenta Epilepsia desde la infancia en tratamiento con Ácido Valproico con una dosis diaria de 500-500-200 mg desayuno-almuerzo-cena respectivamente y fractura de peroné izquierdo hace siete meses con mala consolidación. Ante el cuadro clínico presentado se decide ingreso en Medicina Interna. Como datos de interés en la exploración física, la paciente presentaba malestar general, pérdida de masa magra y grasa corporal total, atrofia muscular importante en miembros inferiores con disminución de la fuerza muscular de forma generalizada e incapacidad para la bipedestación sin ayuda. Los reflejos osteomusculares estaban conservados. En las pruebas complementarias destacaba: a) Hemograma: plaquetopenia de 96.000; b) Bioquímica: creatinina 2,39 mg/dl, hipopotasemia de 2,97 mmol/l, calcio de 7,7 mg/dl y proteínas totales de 5,7 g/dl; c) Orina: proteinuria de 3 g/l, glucosuria > 500 mg/dl; d) 1-25 OH Vitamina D disminuida (7,4 pg/ml); e) GAB: Acidosis metabólica compensada; f) Mapa óseo: Huesos en cristal; g) Densitometría: Osteoporosis generalizada.

Discusión. La clínica de osteomalacia severa junto con los siguientes resultados encontrados en las pruebas complementarias: Glucosuria y aminoaciduria. Acidosis metabólica. Calcio sérico normal. Hipouricemia. Excreción fraccional de fosfato muy elevada y fosfato en sangre disminuido. Cociente N-acetil glucosaminidasa/creatinina aumentado indicativo de daño tubular. Cociente desoxipiridolina/creatinina aumentado indicativo de reabsorción ósea. Osteoporosis con fractura patológica. Consumo de Ácido Valproico durante años. Nos inclinan hacia el diagnóstico de síndrome de fanconi secundario al consumo de antiepilépticos. La paciente evolucionó favorablemente con tratamiento basado en calcio, fósforo y vitamina D3 desapareciendo los dolores óseos y mejorando de su fatiga.

Conclusiones. El síndrome de Fanconi es una disfunción múltiple del túbulo proximal caracterizada por un trastorno en la reabsorción de glucosa, aminoácidos, fosfato y bicarbonato apareciendo dichas sustancias aumentadas en orina. Otras anomalías que podemos encontrar son: proteinuria tubular, hiperuricosuria e incapacidad para concentrar la orina apareciendo poliuria y polidipsia. Dos tipos: Sd de Fanconi primario: de herencia AD, AR y ligada al sexo. Sd de Fanconi secundario: enfermedades metabólicas, diversos medicamentos, mieloma múltiple, sd nefrótico, trasplante renal..... El cuadro clínico en el adulto suele consistir en lesiones óseas (osteomalacia, dolor óseo, fracturas), debilidad muscular y fatiga.

**O-006
EVOLUCIÓN DEL TIPO DE FRACTURA DE CADERA EN CANTABRIA A LO LARGO DE UN PERÍODO DE 14 AÑOS**
J. Hernández¹, J. Olmos¹, M. Alonso², C. González¹, J. Martínez¹, M. Pajarón¹, J. Llorca³ y J. González Macías¹

¹Departamento de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. ³Unidad de Epidemiología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander, Cantabria.

Objetivos. Valorar la evolución del tipo de fractura de cadera (trocanterea y cervicales) en Cantabria durante un período de 14 años. **Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de todos los pacientes mayores de 49 años diagnosticados de fractura de la extremidad proximal del fémur y atendidos en la comunidad autónoma de Cantabria durante el año 2002. Se analizó la incidencia de fracturas trocanterea y cervicales, y se comparó con la obtenida por nuestro grupo en el año 1988, también en la población de Cantabria.

Resultados. Se registró un incremento del 54% (p < 0,01) en las fracturas de cadera en el año 2002 respecto al año 1988. Sin embargo, la tasa de incidencia fue similar tras ajustar por la edad. La fractura trocanterea fue el tipo más frecuente de fractura de cadera en ambos sexos, con un total de 264 casos en el año 2002, en comparación con los 187 que se contabilizaron en el año 1988 (incremento del 41%; p = 0,05). La correspondiente incidencia de fractura cervical fue de 226 casos en 2002 y 131 en 1988 (incremento del 73%; p = 0,0004). En las mujeres, el número de fractu-

ras trocánticas fue de 216 en 2002 y de 147 en 1988 (incremento del 48%, $p = 0,027$). En los varones la incidencia fue de 40 y 47 fracturas respectivamente (incremento del 18%, $p = n.s.$). Hubo 188 fracturas cervicales en mujeres durante el año 2002 y 99 en 1988 (incremento del 90%; $p = 0,00007$). Los números correspondientes, en el caso de los varones, fueron 38 y 32 fracturas respectivamente (incremento del 20%; $p = n.s.$).

Discusión. El aumento preferente de fractura cervical encontrado en nuestro trabajo ha sido inesperado, ya que la fractura trocántera es más propia de la osteoporosis, por lo que cabría esperar que fuera ella la que aumentara con el envejecimiento. Diversos factores observados en otros estudios, como un mayor consumo de fármacos antiosteoporóticos, la realización de mayor ejercicio físico y un aumento de la talla, pueden contribuir a explicar el hallazgo.

O-007
FRACTURAS VERTEBRALES Y SIGNOS RADIOLÓGICOS DE OSTEOARTRITIS EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS INGRESADAS EN MEDICINA INTERNA

J. Hernández¹, J. Jiménez Alonso², C. Garcés Jiménez³, L. Quiroga Prado⁴, J. del Pino Montes⁵, L. Seisededos Cortés⁶, P. Álvarez Álvarez⁷ y A. Fuentes Martín⁵

¹Medicina Interna. Virgen de la Vega. Salamanca. ²Medicina Interna. Virgen de las Nieves. Granada. ³Departamento Médico. Lilly España. Alcobendas, Madrid. ⁴Medicina Interna. Montes de San Isidro. León. ⁵Medicina Interna. Clínico. Salamanca. ⁶Medicina Interna. Provincial Rodríguez Chamorro. Zamora. ⁷Medicina Interna. Santos Reyes. Aranda del Duero, Burgos.

Objetivos. Evaluar la frecuencia de fracturas vertebrales y signos radiológicos de osteoartritis en mujeres posmenopáusicas ingresadas en Medicina Interna.

Material y métodos. Se incluyeron mujeres de 55-80 años de forma consecutiva, que ingresaron en un servicio de Medicina Interna, durante 7 meses. Los criterios de inclusión fueron que el motivo del ingreso no estuviera relacionado con la osteoporosis o con sus complicaciones y que se le realizara una radiografía lateral de tórax para su valoración rutinaria. Cada investigador evaluó las radiografías laterales de tórax tras ser entrenados por un radiólogo experto. Se definió una fractura vertebral como una disminución en la altura de alguna de las vértebras visibles > 25% (grados 2 y 3 de Genant), y se clasificaron las pacientes por la presencia o no de fracturas. Los signos de osteoartritis evaluados fueron la presencia de osteófitos, espondilolistesis y estrechamiento del espacio articular (EEA).

Resultados. Se incluyeron 690 paciente con una edad media (DE) de 71,2 (6,6) años. Un 30,7% [IC 95% 27,3-34,2] ($n = 212$) tenían una fractura vertebral. La frecuencia de cada signo radiológico de osteoartritis en la población total y por grupos de pacientes (con o sin fractura) se presenta en la tabla 1.

Conclusiones. En mujeres posmenopáusicas ingresadas en Servicios de Medicina Interna por cualquier motivo no relacionado con la osteoporosis, existe una alta frecuencia de fracturas vertebrales radiológicas y una alta prevalencia de signos de osteoartritis. El grupo con fracturas vertebrales presentan una mayor frecuencia de signos radiológicos de osteoartritis.

Frecuencia de signos de osteoartritis en la población total y en pacientes con o sin fracturas vertebrales.

| | | Total (n = 690) | Con FV (n = 212) | Sin FV (n = 478) |
|-------------------|----|--------------------|---------------------|---------------------|
| Osteófitos | ND | 47 (6,8%) | 24 (11,3%) | 22 (4,6%) |
| | Sí | 213 (30,9%) | 75 (35,4%) | 138 (28,9%) |
| | No | 430 (62,3%) | 113 (53,3%) | 318 (66,5%) |
| Espondilolistesis | ND | 53 (7,7%) | 22 (10,4%) | 31 (6,5%) |
| | Sí | 22 (3,2%) | 11 (5,2%) | 11 (2,3%) |
| | No | 615 (89,1%) | 179 (84,4%) | 436 (91,2%) |
| EEA | ND | 41 (5,9%) | 18 (8,5%) | 23 (4,8%) |
| | Sí | 212 (30,8%) | 98 (46,2%) | 114 (23,9%) |
| | No | 437 (63,3%) | 96 (45,3%) | 341 (71,3%) |

O-008
FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y PREVALENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES EN MUJERES INGRESADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. López Bernús¹, C. Garcés Jiménez², E. Pérez Rodríguez¹, P. Martínez Hernández³, M. García Martín⁴, J. Alonso Peña⁵, J. Sánchez Navarro⁶ y M. Valiente Millán⁷

¹Medicina Interna. Clínico. Salamanca. ²Departamento Médico. Lilly España. Alcobendas, Madrid. ³Medicina Interna. Nuestra Sra. de los Reyes. Isla del Hierro, Tenerife. ⁴Medicina Interna. Comarcal Valdeorras. Barco de Valdeorras, Orense. ⁵Medicina Interna. Virgen del Puerto. Plasencia, Cáceres. ⁶Medicina Interna. General Río Carrión. Palencia. ⁷Medicina Interna. Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Objetivos. Conocer la frecuencia de fracturas vertebrales en mujeres posmenopáusicas ingresadas en Medicina Interna, los factores de riesgo de osteoporosis y la posible relación entre ambos.

Material y métodos. Se incluyeron mujeres de 55-80 años, de forma consecutiva, que ingresaron en un servicio de Medicina Interna, durante 7 meses. Los criterios de inclusión fueron que el motivo del ingreso no estuviera relacionado con la osteoporosis o con sus complicaciones y que se le realizara una radiografía lateral de tórax para su valoración rutinaria. Cada investigador evaluó las radiografías laterales de tórax tras ser entrenados por un radiólogo experto. Se definió una fractura vertebral como una disminución en la altura de alguna de las vértebras visibles > 25% (grados 2 y 3 de Genant), y se clasificaron las pacientes por la presencia o no de fracturas vertebrales. Se recogieron factores de riesgo de osteoporosis y fracturas. Se realizó un análisis multivariante para explorar la relación entre la presencia de fracturas y los factores de riesgo, así como una regresión logística ordinal, incluyendo todos los factores de riesgo, y desarrollando un modelo con las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$, test de chi cuadrado de Wald).

Resultados. Se incluyeron 690 pacientes, edad 71,2 (6,6) años. Un 30,7% [IC 95% 27,3-34,2] ($n = 212$) presentaron alguna fractura vertebral. La edad en el momento de la menopausia fue de 48,1 (5,3) años. El 36% no realizaban ninguna actividad física. Un 7,3% eran fumadoras en el pasado o en el presente. Un 10,2% bebían alcohol moderadamente. Un 6,7% habían recibido corticoides. El 14,2% tenían historia previa de fractura por fragilidad y un 84,2% tomaba algún fármaco relacionado con el riesgo de osteoporosis o caídas. La edad, el consumo moderado de alcohol, y la historia de fracturas previas se relacionó con la presencia de fractura vertebral ($p < 0,05$). El riesgo de fractura vertebral aumentó 1,42 veces con cada 10 años de edad, 3,18 veces con historia de una fractura previa por fragilidad, y 2,01 veces con historia de 2 ó más fracturas. El riesgo de fractura vertebral fue 0,388 veces inferior en bebedoras moderadas que en las no bebedoras.

Conclusiones. 1) Las fracturas vertebrales fueron frecuentes en mujeres ingresadas en Medicina Interna. 2) La edad avanzada y la historia de fracturas previas por fragilidad aumentó el riesgo de tener una fractura vertebral. 3) El consumo moderado de alcohol se asoció con una frecuencia inferior de fracturas vertebrales.

O-009
ANTECEDENTES Y MECANISMO DE LA FRACTURA VERTEBRAL: UNA FORMA FÁCIL PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON POSIBLE OSTEOPOROSIS

J. Blázquez Cabrera¹, P. Polavieja², J. Riancho Moral³, J. del Pino Montes⁴, J. Pérez Castrillón⁵, J. García Aparicio⁶, L. Palomar Rodríguez⁷ y V. del Villar Fordo⁸

¹Medicina Interna, ⁸Medicina Interna. General. Albacete. ²Departamento Médico. Lilly España. Alcobendas, Madrid. ³Medicina Interna. Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Medicina Interna. Clínico. Salamanca. ⁵Medicina Interna. Río Hortega. Valladolid. ⁶Medicina Interna. Virgen de la Xunqueira. Cee, La Coruña. ⁷Medicina Interna. Virgen de la Concha. Zamora.

Objetivos. Determinar, a través de la historia clínica, en cuántas pacientes era posible identificar una historia previa de fractura por fragilidad. Asimismo también se buscó cuántas conocían el diagnóstico de osteopenia u osteoporosis y cuántas estaban en tratamiento por este motivo.

Material y métodos. Se incluyeron mujeres de 55-80 años de forma consecutiva, que ingresaron en un servicio de Medicina Interna, durante 7 meses. Los criterios de inclusión fueron que el motivo del ingreso no estuviera relacionado con la osteoporosis o con sus complicaciones y que se le realizara una radiografía lateral de tórax para su valoración rutinaria. Se registró, la localización y el mecanismo de producción de las fracturas previas que la paciente recordaba. El mecanismo de producción se clasificó como: movimiento no intenso, caída desde bipedestación, sin traumatismo asociado, tras traumatismo intenso, u otros. Se consideraron fracturas por fragilidad las asociadas a los tres primeros mecanismos de producción. También se registró el diagnóstico previo de osteopenia u osteoporosis, y si la paciente estaba en tratamiento

Resultados. Un total de 690 mujeres, (edad, 71.26+6.54 años) se incluyeron en el estudio. 98 mujeres tenían historia de fracturas previas. De ellas, 80 tenían 112 fracturas por fragilidad. Las fracturas se localizaron en muñeca (37), vértebras (26), húmero (12), miembros inferiores (13), cadera (10) y otras localizaciones (14). De las 80 pacientes con fracturas por fragilidad, un 46.3% tenía diagnóstico de osteopenia u osteoporosis y estaban en tratamiento un 32.7%.

Conclusiones. La osteoporosis es una enfermedad bien conocida pero infradiagnosticada. Una buena forma de identificar pacientes con osteoporosis es preguntarle su historia previa de fractura, así como el mecanismo de producción de ésta. No todas las pacientes con historia de fracturas por fragilidad reciben tratamiento antirresortivo.

RIESGO VASCULAR

RV-001

CALIDAD AL ALTA HOSPITALARIA DEL INFARTO DE MIOCARDIO - 2003

G. Zubillaga, E. Sánchez, J. Oruesa Gasti, E. Ceciaga y J. Vivanco

¹Medicina Interna. Hospital de Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa. ²Departamento de Medicina. Universidad del País Vasco. UPV.EHU.

Objetivos. 1) Determinar qué porcentaje de pacientes con Infarto de Miocardio salen de alta con las recomendaciones escritas basadas en las guías clínicas en el 2003. 2) Comparar con las recomendaciones realizadas en el 1998.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 100 altas al azar realizadas en el 2003 con el diagnóstico principal de Infarto de Miocardio agudo, revisando las recomendaciones al alta médica, los tratamientos médicos y procedimientos realizados. Comparar con los realizados en otro estudio previo de 100 pacientes realizado en el 1998.

Resultados. Recomendaciones y Tratamiento al ALTA Año 2003: Antiagregantes 93% (AAS 57%, AAS+Clopidogrel 36%). Anticoagulación 9%. IECAs 45% (Enalap 18, Ramip 8, Perind 8, otros). ARAII 4% (Losart 2, Valsart 1, Irbes 1). Betabloqueantes 60% (Atenol 40, Carved 9, Bisop 7, otros). Estatinas 67% (Simv, Prav, Atorv). Dieta 77%. Ejercicio 77%. Tabaco-abandono 38%. Calcioantagonistas 9%, Diuréticos 13%. Digoxina 1%. Nitritos 57%. Coronariografía 66% (63 patológicas). Angioplastia percutánea 27 pacientes, Stent 34 pacientes. Fibrinólisis 9%. Cirugía cardíaca 14% (Bypass múltiples 13). Tratamiento al ALTA Año 1998: Antiagregantes 96%. IECAs 39% (p = .46). Betabloqueantes 38% (p = .003). Estatinas 14% (p = .0001). Dieta 50% (p = .0001). Ejercicio 50% (p = .0001). Calcioantagonistas 19% (p = .06). Coronariografía 12% (p = .0001). Fibrinólisis 36% (p = .0001). (p = significación estadística comparativa 2003 con 1998).

Discusión. Se objetiva una buena prescripción de Antiagregantes o/y Anticoagulantes (casi del 100%) teniendo en cuenta que algunos reciben ambos, los que no reciben son por motivos de complicaciones, contraindicación o efectos secundario. Dado que a muchos pacientes se les colocó Stent la indicación conjunta de AAS y Clopidogrel está bien indicada. Los IECAs y ARAII en conjunto reciben un 50% de pacientes. Se debe mejorar esa cifra. Se utilizan a

dosis bajas o medias. Se ha mejorado su prescripción desde 1998. Los Betabloqueantes se utilizan en 60% mejorado (estadísticamente significativos) con respecto al 1998, pero aun más pacientes debieran darse de alta con esta prescripción ya que pocos tienen bloqueos por el ECG y pocos tienen contraindicación. Dosis bajas deberían ser prescritos a más pacientes. Las Estatinas se utilizan mejor en 67% de pacientes aunque no tengan dislipemia, como recomiendan las nuevas guías de práctica clínica, a cualquier Infarto de Miocardio. Se utilizaban menos en 1998 (estadísticamente significativo). A mejorar recomendaciones dietéticas y ejercicio. Coronariografía en 66%, así como que el que la mayoría de los pacientes (82%) reciben algún tratamiento intervencionista sea Angioplastia, Stent, o Cirugía. No tenemos cifras comparativas del 1998, salvo que se realizaban más Fibrinólisis (36%). Los Calcioantagonistas se recomiendan en 9%, menos que en 1998 que lo hacían en 19%, lo cual refleja una buena práctica clínica dadas las guías actuales. Nitritos se prescriben a muchos pacientes, aún sin evidencia de Angina Post-Infarto. Diuréticos por Insuficiencia Cardíaca reciben unos pocos, Digital en los casos de Fibrilación auricular y ninguno recibía Amiodarona.

Conclusiones. 1) En las Altas por Infarto de Miocardio Agudo del 2003, se objetiva una excelente indicación de Antiagregantes o/y anticoagulantes, bastante buena de dieta, ejercicio y actividad física, y abstención de tabaco en los que fuman. 2) La prescripción de Betabloqueantes, IECAs, y Estatinas es buena pero se puede mejorar aún más. 3) Se realiza más Coronariografía, y Angioplastia primaria o Stent, y más Cirugía de Bypass. 4) Se han mejorado todas las prescripciones con respecto a 1998. 5) Proponemos un «Recordatorio» de Guías Clínicas al Alta para evitar que a los pacientes se les envíe de alta sin estas recomendaciones y tratamientos, y sean continuadas por los médicos de Atención Primaria y especialistas.

RV-002

COLITIS ISQUÉMICAS AGUDAS EN 1 AÑO

E. Sánchez, J. Benavente, I. Zamarréno, E. Ceciaga, M. Bustinduy, J. Vivanco y G. Zubillaga

Medicina Interna. Hospital de Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa. ²Departamento de Medicina. Universidad del País Vasco. UPV.EHU.

Objetivos. 1) Estudio retrospectivo de analizar las Colitis isquémicas Agudas diagnosticadas en un año en el Hospital. Revisión de las mismas. 2) ¿Qué podemos mejorar?

Material y métodos. 1) Obtención del CMBD del Hospital todos los diagnósticos de Colitis isquémica Aguda, como diagnóstico principal, de Noviembre de 2002 a Noviembre 2003. Se obtienen 37 Historias. Se revisan la Historia Clínica, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento realizado, así como mortalidad. 2) Qué aspectos podemos mejorar, comparando con publicaciones previas.

Resultados. características DE LOS 37 PACIENTES: Servicio de Alta: 26 de Cirugía, 5 Medicina Interna. Edad: 73 a. (DS 11). Rango:44-88 a. Sexo: 19 varones. Diabetes Mellitus: 29 no, 8 sí. Hipertensión arterial: 23 sí. Tabaquismo: 34 no. Etilismo crónico: 36 no. Uremia: 34 no. Dislipemia: 31 no. EPOC: 30 no. Cardiopatía: 19 sí. Arteriosclerosis: 23 no. Organos afectos por arteriosclerosis: 8 SNC, 7 coronarias, 5 EEII, 2 Abdomen, Patología vascular previa: 33 no. Factores precipitantes: 12 desconocido, 9 post-cirugía, 4 bajo gasto, 3 arritmia, 2 embolismo, 2 infección, 1 neoplasia. Episodios previos: 35 no. Sospecha clínica inicial: 19 no. Pruebas diagnósticas realizadas: 20 laparotomía exploradora, 13 Angi-TAC Abdomen, 8 Ecografía, 7 Colonoscopia, 2 Arteriografía mesentérica, 1 Arteriografía iliaca, 1 Angio RNM. Método diagnóstico definitivo final: 20 acto quirúrgico, 7 técnicas de imagen, 5 endoscopia, 3 clínico, 3 desconocido. Tratamiento Radiología Intervencionista: 36 no. 1 Angioplastia+Stent. Tratamiento quirúrgico: 21 sí. Tipo de Cirugía: 8 Resección de Intestino delgado, 5 abrir y cerrar, 4 Colectomía parcial, 3 colectomía total, 1 desconocido. Fibrinólisis ninguna general ni local, Antiagregantes: 29 no. Anticoagulantes: 26 no. Hipolipemiantes: 32 no. Antihipertensivos: 20 no. Venotónicos: 37 no. Calcioantagonistas: 34 no. Pronóstico y Destino al Alta: 18 fallecidos (49%), 17 a domicilio (46%), 2 Otro Centro (5%). Edad de fallecidos: 78'3 a. (DS 7).

Discusión. La Colitis isquémica aguda es un cuadro abdominal agudo (dolor, diarrea, fiebre, acompañado o no de melenas o rectorragias), similar a muchas otras patologías abdominales de personas mayores (diverticulosis, neoplasias de colon, vólvulos, hernias estranguladas, etc.) con patología de base arteriosclerótica (hipertensos, cardiopatías, diabéticos) en la que no existen signos específicos que lo distinguan en su presentación, y el clínico está obligado a realizar las pruebas diagnósticas habituales más idealmente una Colonoscopia (en nuestra serie un 19%). A la gran mayoría se les realiza Laparotomía exploradora (54%) ante la duda diagnóstica-terapéutica. Los pacientes susceptibles son mayores con arteriosclerosis como en nuestra serie. Una situación hemodinámica de hipotensión, bajo gasto cardíaco, arritmias, vasoconstricción y shock, insuficiencia respiratoria, preceden con gran frecuencia. Hay que descartar la patología de Colitis por Clostridium Difficile, reciente cirugía de aorta, colon, o ligadura quirúrgica inapropiada de alguna arteria. Una situación ideal diagnóstica en Colitis isquémica aguda sería: si no hay signos de peritonitis realizar una sigmoidoscopia o colonoscopia seguida de Angio-TAC o Arteriografía convencional de la arteria mesentérica superior e inferior. El tratamiento médico ideal sería restablecer la buena perfusión, reposo nutricional oral, trombolíticos en las primeras 12 horas, papaverina IV en la arteria mesentérica superior, embolectomía, y revascularización quirúrgica o angioplástica o stent. Cirugía lo más conservadora posible, resecciones parciales conservadoras y estoma temporal seguido de su cierre diferido. Aún así las series publicadas reflejan mortalidad elevada, que en los casos de colitis isquémica total puede llegar al 75%.

Conclusiones. Sospechar Colitis isquémica ante cuadro abdominal agudo con sangrado. Realizar Colonoscopia urgente y AngioTAC abdominal. Tratamiento de soporte y quirúrgico conservador. Alta mortalidad.

**RV-003
OBESIDAD EN EL PACIENTE CARDIÓPATA AMBULATORIO. ¿MITO O REALIDAD?**

C. Toyas Miazza², R. Ortas Nadal¹, B. Daga Calejero¹, B. Obón Azuara³, I. Gutiérrez Cía³, C. Ferrer Gracia¹, L. Martínez Moya² e I. Ferreira¹

¹Cardiología, ²Medicina Interna, ³Intensivos. Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de obesidad (entendida como índice de masa corporal mayor de 30 kg/cm²) y su relación con la patología cardiovascular presentada en los pacientes que acuden a una consulta de cardiología ambulatoria.

Material y métodos. Se analizaron 304 pacientes consecutivos que acudieron a una consulta de cardiología ambulatoria extrahospitalaria durante los primeros meses del año 2005. Se incluyeron tanto consultas de 1er día como revisiones periódicas. Se estudió la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular así como el motivo de consulta. A todos ellos se les midió y peso en el momento de la revisión. Se utilizaron los criterios de sobrepeso (IMC > 25 kg/m²) y obesidad (IMC > 30 kg/m²). El análisis de las variables se realizó con el programa estadístico SPSS 11.5.

Resultados. De los 304 pacientes analizados el 48,4% eran varones, con una edad media global de 64,94 (16). El 72,7% eran hipertensos, el 66,6% dislipémicos, el 23% diabéticos y el 23,4% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: 23% patología arritmica, 22,4% cardiopatía isquémica, 13% patología valvular, 11% estudio de dolor torácico, 8,6% estudio de disnea y 7,6% estudio hipertensión arterial. El 81,9% de los pacientes presentaban algún grado de sobrepeso u obesidad y en el 38,2% de los casos su IMC superaba los 30 kg/cm². Sólo la cardiopatía isquémica se relacionó significativamente con el sobrepeso (p < 0,037) y el estudio por disnea con la obesidad (p < 0,019).

Discusión. Los pacientes estudiados de nuestra muestra presentan una edad media alta y en líneas generales una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, sobretodo de sobrepeso u obesidad que supera el 80%. Es de destacar la causa más frecuente de consulta, la patología arritmica, a diferencia de otros estudios reali-

zados donde la cardiopatía isquémica es sin duda la primera causa de revisión. Es de sobras conocida la relación entre el síndrome metabólico y la cardiopatía isquémica, por lo que no es de extrañar la relación significativa entre obesidad y cardiopatía isquémica. Pero, si llama la atención la relación significativa entre obesidad y motivo de consulta por disnea, tal vez debida a una mayor prevalencia en el grupo de mujeres ancianas donde la incidencia de síndrome metabólico alcanza cifras más altas.

Conclusiones. La tasa de sobrepeso y obesidad es muy alta en los pacientes que acuden a una consulta de cardiología ambulatoria, siendo los pacientes con cardiopatía isquémica o los que están en estudio por disnea los más frecuentemente afectados.

**RV-004
PERÍMETRO ABDOMINAL O ÍNDICE DE MASA CORPORAL ¿CRITERIOS EQUIVALENTES EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME METABÓLICO?**

R. Ortas Nadal, B. Daga Calejero¹, C. Toyas Miazza², C. Ferrer Gracia¹, I. Gutiérrez Cía³, B. Obón Azuara³, L. Martínez Moya² e I. Ferreira¹

¹Cardiología, ²Medicina Interna, ³Intensivos. Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Comparar la prevalencia del síndrome metabólico en los pacientes que acuden a una consulta de cardiología ambulatoria según la utilización de los criterios NCEP-ATP III o el índice de masa (IMC) como criterio de obesidad.

Material y métodos. Se analizaron 304 pacientes consecutivos que acudieron a una consulta de cardiología ambulatoria extrahospitalaria, durante los 5 primeros meses de este año. A todos ellos se les pesó y midió en el momento de la revisión. Así mismo, se anotaron los datos de tensión arterial y también, datos analíticos correspondientes a aquellos que no superaran un año de antigüedad (glucemia, HDL- colesterol e hipertrigliceridemia). El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 11.5.

Discusión. Los criterios diagnósticos del síndrome metabólico (SM) son los acordados por el consenso del Tercer Panel de Adultos del National Cholesterol Education Program estadounidense (NCEP-ATPIII), que establece el diagnóstico cuando se cumplen tres de los siguientes criterios: Hipertensión arterial > 130/85 mmHg, Perímetro abdominal > de 88 cm (mujeres) o 102 (hombres), hipertrigliceridemia > 150 mmHg, hipoHDL- colesterol < de 50 (mujeres) o < de 40 mg/100 dl (hombres) e hiperglucemia basal > 110 mg/dl. Existen estudios que han validado el IMC > 28,8 kg/m² como criterio de obesidad modificado. Nuestro estudio establece que el uso del IMC es una limitación puesto que infraestima claramente el diagnóstico al detectar el peso en relación con la superficie corporal y no la distribución del mismo, al parecer dato clave en el síndrome metabólico y como factor de riesgo cardiovascular.

Conclusiones. El uso del IMC para el diagnóstico de síndrome metabólico supone una infraestimación de aquellos casos que presentando obesidad abdominal significativa no alcanzan el límite de sobrepeso establecido.

Resultados.

| | Total (n = 304) | SM-IMC (n = 89) | SM-NCEP (n = 103) | |
|----------------------|--------------------|--------------------|----------------------|----------|
| % de pacientes | 100% | 31,1% | 36,5% | pNS |
| Edad media | 65 (16) | 68,49 (9) | 68,26 (9,9) | pNS |
| Varones | 48,4% | 41 (44,7%) | 46 (46,1%) | pNS |
| Hipertrigliceridemia | 25,8% | 62% | 61,4% | pNS |
| Hiperglucemia | 32,4% | 70,8% | 68% | pNS |
| HipoHDL colesterol | 25,6% | 53,5% | 52% | pNS |
| Tensión sistólica | 50,7% | 73% | 67% | pNS |
| Tensión diastólica | 18,1% | 31,5% | 29% | pNS |
| Perímetro abdominal | 75% | 92,1% | 95% | pNS |
| IMC | 48% | 80,9% | 69,9% | p < 0,05 |

RV-006
CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA EN MEDIO LABORAL. ESTUDIO MEHTALABC

A. Vicente Casanova¹, F. Fornés Úbeda², J. Álvarez Gómez³, P. Marugán Garcimartín², J. Aznar Vicente⁴ y F. Sánchez García⁴

¹Unidad de Investigación. Marina Alta, Denia, Alicante. ²Medicina Laboral. Policía de Valencia. Valencia. ³Medicina Laboral. Bomberos. Valencia. ⁴Medicina Interna. Clínico Universitario. Valencia.

Material y métodos. estudio descriptivo transversal realizado en el ámbito de la Atención Primaria Laboral de la C.Valenciana, utilizando como fuente de datos los registros de presión arterial (PA) clínica realizados en una sola visita de control, de una muestra no seleccionada de hipertensos trabajadores de sexo masculino en activo que acudieron a consulta entre el 01/06/2004 y el 15/01/2005 de varias empresas. La PA se midió con esfigmomanómetro de mercurio calibrado o monitor automático validado. Se siguieron las recomendaciones del VI JNC (1997) en cuanto a diagnóstico, clasificación y técnica correcta de medición. Para el cálculo de la prevalencia del SM, se siguió la definición dada por el Tercer Informe del Panel Nacional de Expertos de Programa de Educación sobre Colesterol para Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipercolesterolemia en Adultos (NCEP-ATP III). En el análisis de los datos los valores de las variables cuantitativas se presentaron como medias y desviación estándar y los de las cualitativas como porcentajes.

Resultados. La muestra final estuvo compuesta por 218 hombres en activo con una edad media de 51,7 ± 6,7 años, un IMC de 29,2 ± 4,1 kg/m² y un perímetro abdominal de 102,8 ± 11,1 cm. Un 56,9% tenían una jornada totalmente sedentaria, mientras que un 8,8% la presentaban completa con actividad física. La mayoría tenía un trabajo de riesgo medio (51,5%) o bajo (46,0%). El 56,9% tenían tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial (HTA) y el 28,9% sin tratamiento. El más frecuente fue con IECA's (57,3%). La condición del SM más prevalente fue la PA superior a 135/85 o con tratamiento hipotensor (100,0%) y la hipertrigliceridemia igual o superior a 150 mg/dl (70,2%), así como la obesidad abdominal (61,5%). Presentaron SM (3 condiciones) el 67,9% de los pacientes. Sin embargo un 22,9% ya cumplían dos de ellas. La presencia del SM no se relacionó con el riesgo laboral ($\chi^2 = 1,856$, 2 gl, $p = 0,437$) y sí con el IMC (SM: 30,2 ± 4,1; NOSM: 27,0 ± 3,0 kg/m²) ($t = 5,809$, 213 gl, $p = 0,000$).

Discusión. La prevalencia de SM en la muestra de pacientes hipertensos activos fue muy elevada y se correlaciona de manera significativa con el IMC, lo que hace que el riesgo cardiovascular de estos pacientes sea muy alto, más teniendo en cuenta la edad media de la muestra relativamente baja.

Conclusiones. Es necesario controlar en este tipo de pacientes activos laboralmente y de edades medias no avanzadas, los factores de riesgo cardiovascular, con el fin de prevenir la aparición de enfermedad cardiovascular y de desarrollar diabetes tipo 2.

RV-007
RESPONDEDORES AL TRATAMIENTO CON PIOGLITAZONA EN COMBINACIÓN CON SULFONILUREAS O METFORMINA. SEGUIMIENTO A 12 MESES DEL ESTUDIO ECLA

I. Carpio¹, I. Julián¹, J. Reviriego¹, P. Polavieja¹, A. Rodríguez¹ y G. Estudio ECLA²

¹Departamento de Investigación Clínica, Lilly S.A. ²Grupo del Estudio ECLA. Alcobendas, Madrid.

Objetivos. El tratamiento con tiazolidinodionas ha mostrado de forma consistente en ensayos clínicos mejorías sostenidas en el control glucémico. Nuestro objetivo fue valorar las diferencias en la proporción de respondedores al tratamiento en una población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) cuyos datos se recogieron para un estudio observacional. El estudio se diseñó para evaluar la efectividad de PIO+SU o PIO+MET, así como la de SU+MET en cuanto al control glucémico, perfil lipídico, y presión arterial en pacientes con DM2.

Material y métodos. Estudio Fase IV, observacional, prospectivo, multicéntrico, no intervencionista, de un año de duración. Se obtu-

vieron datos basales de 2465 pacientes (50,3% mujeres; media de edad 61.1 años [IC 95%: 60,6-61.5]). Tras 12 meses se obtuvieron datos de seguimiento de 2294 pacientes (851 PIO+SU, 723 PIO+MET, 720 SU+MET). Se definió como respuesta glucémica la disminución de HbA1c mayor o igual a 0,6% y/o de glucemia en ayunas (GPA) mayor o igual a 30 mg/dl. La mayoría de los pacientes tratados con PIO (85,8%) recibieron la dosis de 30 mg. Para comparar las proporciones de respondedores se utilizaron tests de Chi-cuadrado y ajustes de Bonferroni para las comparaciones pareadas.

Resultados. Los datos se muestran en la tabla como porcentaje de respondedores para cada grupo de tratamiento * $p < 0,01$ vs SU+MET y PIO+MET; † $p < 0,001$ vs SU+MET; ‡ $p < 0,05$ vs SU+MET. Se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor de los grupos de PIO cuando se analizaron tanto los cambios medios en HbA1c y GPA como la proporción de pacientes con HbA1c menor o igual al 7%.

Conclusiones. En conclusión, y aunque no se puede descartar el posible sesgo introducido por el investigador al elegir el tratamiento, todos los grupos se asociaron con mejoras significativas en el control glucémico de pacientes con DM2 tratados en un entorno clínico habitual; se pudo observar una ventaja estadística de los grupos de PIO respecto a SU+MET en lo que respecta a la proporción de respondedores.

Porcentaje de respondedores para cada grupo de tratamiento.

| | SU+MET (6 m.) | SU+MET (12 m.) | PIO+MET (6 m.) | PIO+MET (12 m.) | PIO+SU (6 m.) | PIO+SU (12 m.) |
|--|------------------|-------------------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| Descenso HbA1c mayor o igual a 0,6% | 43,6% | 52,8% | 54,9%† | 67,6%† | 55,2%† | 65,9%† |
| Descenso GPA mayor o igual a 30 mg/dl | 33,6% | 37,6% | 36,7% | 43,2% | 45,6%‡ | 47,2%† |
| Descenso HbA1c mayor o igual a 0,6% o GPA mayor o igual a 30 mg/dl | 56,9% | 65,4% | 66,8%† | 79,5%† | 69,9%† | 78,8%† |

RV-008
CAMBIOS EN EL PESO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y SEGURIDAD HEPÁTICA DE PIOGLITAZONA EN COMBINACIÓN CON SULFONILUREAS O METFORMINA EN EL ESTUDIO ECLA. SEGUIMIENTO A 12 MESES

A. Rodríguez¹, J. Reviriego¹, P. Polavieja¹, I. Carpio¹, I. Julián¹ y G. Estudio ECLA²

¹Departamento de Investigación Clínica, Lilly S.A. ²Grupo del Estudio ECLA. Alcobendas, Madrid.

Objetivos. Aunque se ha evaluado ampliamente la seguridad del tratamiento con tiazolidinodionas (TZD) en múltiples estudios, los datos disponibles acerca de la ganancia de peso y las cifras de alaninaoaminotransferasa (ALT) en un entorno clínico habitual son escasos. Nuestro objetivo fue valorar el cambio en el peso, IMC y ALT en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) cuyos datos se recogieron para un estudio observacional en España.

Material y métodos. Estudio Fase IV, observacional, prospectivo, multicéntrico, no intervencionista, de un año de duración. Se obtuvieron datos basales de 2465 pacientes (50,3% mujeres; media de edad 61.1 años [IC 95%: 60,6-61.5]). A los 12 meses, y tras excluir aquellos casos con pérdida de seguimiento y violaciones de criterios de inclusión, se obtuvieron datos de seguimiento de 2294 pacientes (851 PIO+SU, 723 PIO+MET, 720 SU+MET). La mayoría de los pacientes tratados con PIO (85,8%) recibieron la dosis de 30 mg. Se llevó a cabo un análisis de la covarianza incluyendo los valores basales como covariable (no se consideraron relevantes para el análisis otras diferencias entre los grupos). Como variable independiente el cambio desde el valor basal al último valor registrado.

Resultados. Los cambios medios tras 12 meses ajustados según valores basales se muestran en la tabla como MMC ± EEM * $p < 0,05$ vs basal; † $p < 0,005$ vs PIO+SU; ‡ $p < 0,05$ vs PIO+MET.

Conclusiones. Aunque no se puede descartar el sesgo introducido por el investigador al elegir el tratamiento, PIO +SU se asoció con un aumento significativo del peso y del IMC en pacientes con DM2 tratados en un entorno clínico habitual, en comparación con los que

recibieron PIO+MET o SU+MET. Se observó una disminución significativa de peso con SU+MET. Todos los grupos de tratamiento mejoraron las cifras de ALT, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Cambios medios tras 12 meses.

| | SU+MET Basal | SU+MET 12 meses | PIO+MET Basal | PIO+MET 12 meses | PIO+SU Basal | PIO+SU 12 meses |
|--------------------------|-----------------|--------------------|------------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| Peso (kg) | 78.7 (0.5) | -0.7 (0.2)*†† | 83.9 (0.5) | 0 (0.2)† | 76.4 (0.5) | 1.1 (0.2)* |
| IMC (kg/m ²) | 30 (0.2) | -0.3 (0.1)*† | 31.7 (0.2) | 0 (0.1)† | 29.2 (0.2) | 0.5 (0.1)* |
| ALT (U/L) | 20,66 (0,42) | -1.32 (0,29)* | 21,41 (0,42) | -1.99 (0,29)* | 19,99 (0,38) | -1,95 (0,27)* |

RV-009
PERFIL DE RIESGO VASCULAR AL INICIO Y TRAS 12 MESES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN LOS CRITERIOS DE CONTROL GLUCÉMICO Y LIPÍDICO DEL EUROPEAN DIABETES POLICY GROUP (EDPG)

J. Reviriego¹, A. Rodríguez¹, I. Julián¹, I. Carpio¹, P. Polavieja¹ y G. Estudio ECLA²

¹Departamento de Investigación Clínica, Lilly S.A., ²Grupo del Estudio ECLA. Alcobendas, Madrid.

Objetivos. Nuestro objetivo fue describir la calidad del control metabólico y el perfil de riesgo vascular al inicio y tras 12 meses, según los criterios del EDPG (1999) en pacientes con DM2 cuyos datos se recogieron para un estudio observacional que se llevó a cabo en nuestro país.

Material y métodos. Estudio Fase IV, observacional, prospectivo, multicéntrico, no intervencionista, de un año de duración. Se obtuvieron datos basales de 2465 pacientes (50,3% mujeres; media de edad 61.1 años [IC 95%: 60,6-61.5]) La mayoría (85.8%) de los pacientes tratados con pioglitazona (PIO) recibieron la dosis de 30 mg. Tras 12 meses se obtuvieron datos de seguimiento de 2294 pacientes (851 PIO+SU, 723 PIO+MET, 720 SU+MET). Se utilizó el test de McNemar para comparar la distribución del riesgo entre los datos iniciales y los de 12 meses.

Resultados. Los datos se muestran en la tabla como porcentaje de pacientes en riesgo de enfermedad arterial o microvascular (HbA1c y glucemia plasmática en ayunas [GPA]) o en riesgo o alto riesgo (colesterol total [CT], colesterol HDL [c-HDL], colesterol LDL [c-LDL] y triglicéridos [TG]) (Criterios EDPG, 1999). * Test de McNemar, p < 0,05 §Odds ratio (IC 95%), PIO+MET vs SU+MET: 0,46 (0,30 a 0,64); PIO+SU vs SU+MET: 0,56 (0,39 a 0,79) & OR (IC 95%), PIO+MET vs SU+MET: 0,74 (0,55 a 0,98); PIO+SU vs SU+MET: 0,63 (0,48 a 0,83).

Conclusiones. Tras 12 meses, el tratamiento con una combinación de antidiabéticos orales pareció asociarse con una reducción del porcentaje de pacientes con DM2 en riesgo de complicaciones vasculares según los criterios del EDPG. Los grupos que recibieron PIO se asociaron con una reducción mayor de los riesgos derivados de HbA1c y c-HDL en comparación con SU+MET.

Porcentaje de pacientes en riesgo de enfermedad vascular.

| | SU+MET Basal % | SU+MET 12 meses % | PIO+MET Basal % | PIO+MET 12 meses % | PIO+SU Basal % | PIO+SU 12 meses % |
|-------------------|-------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| CT ≥ 185 mg/dl | 79,6 | 76,7* | 84,0 | 81,7 | 84,9 | 81,1* |
| c-HDL ≤ 46 mg/dl§ | 24,4 | 22,0 | 26,8 | 14,3* | 25,6 | 17,1* |
| TG ≥ 150 mg/dl | 57,9 | 51,0 | 65,8 | 53,2* | 61,3 | 49,9* |
| c-LDL ≥ 115 mg/dl | 74,8 | 69,6* | 73,3 | 69,9* | 77,4 | 71,5* |
| GPA ≥ 110 mg/dl | 95,6 | 87,7* | 95,9 | 84,5* | 98,2 | 87,2* |
| HbA1c > 6.5%& | 80,1 | 67,1* | 84,2 | 63,5* | 86,3 | 66,0* |

RV-010
CAMBIO EN LA PRESIÓN ARTERIAL Y EN LOS PARÁMETROS LIPÍDICOS SEGÚN LA RESPUESTA GLUCÉMICA CON PIOGLITAZONA EN COMBINACIÓN CON SULFONILUREA O METFORMINA. SEGUIMIENTO A 12 MESES DEL ESTUDIO ECLA

P. Polavieja¹, A. Rodríguez¹, J. Reviriego¹, I. Carpio¹, I. Julián¹ y G. Estudio ECLA²

¹Departamento de Investigación Clínica, Lilly S.A., ²Grupo del Estudio ECLA. Alcobendas, Madrid.

Objetivos. La hipertensión arterial (HTA) y la dislipemia son trastornos comunes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), vinculándose ambos a la resistencia a la insulina (RI). PIO, un agonista de los receptores PPAR-, actúa sobre la RI y ha mostrado efectos beneficiosos sobre la HTA y la dislipemia. En este análisis se valoró el cambio en la presión arterial (PA) y en los parámetros lipídicos según la respuesta glucémica tras 12 meses en pacientes con DM2 en un estudio observacional en España.

Material y métodos. Estudio Fase IV, observacional, prospectivo, multicéntrico, no intervencionista, de un año de duración. Se obtuvieron datos basales de 2465 pacientes (50,3% mujeres; media de edad 61.1 años [IC 95%: 60,6-61.5]). Tras 12 meses se obtuvieron datos de seguimiento de 2294 pacientes (851 PIO+SU, 723 PIO+MET, 720 SU+MET). La proporción de pacientes con tratamiento para la hipertensión arterial durante el estudio fue de 39,5% (PIO+SU), 36,8% (PIO+MET) y 41,7% (SU+MET). La proporción de pacientes con tratamiento hipolipemiente fue de 26,3% (PIO+SU), 27,7% (PIO+MET), y 29,9% (SU+MET). Se definió como respuesta glucémica la disminución de HbA1c mayor o igual a 0,6% y/o de glucemia en ayunas (GPA) mayor o igual a 30 mg/dl. Se llevó a cabo para ambos subgrupos (respondedores/no respondedores) un análisis de la covarianza incluyendo los valores basales como covariable y como variable independiente el cambio desde el valor basal al último valor registrado.

Resultados. Los cambios medios tras 12 meses respecto a los valores lipídicos y de PA iniciales se muestran en la tabla como MMC ± EEM p < 0,05 vs basal. § p < 0,05 respondedores vs no respondedores.

Conclusiones. En este análisis tras 12 meses, se pudo observar un mayor control lipídico y mayores descensos de PAS en el grupo definido como respondedores, mientras que no se detectaron diferencias significativas en cuanto a la PAD entre respondedores y no respondedores.

Cambios medios de PA y lípidos en función de la respuesta glucémica.

| | SU+MET Resp | SU+MET No resp | PIO+MET Resp | PIO+MET No resp | PIO+SU Resp | PIO+SU No resp |
|----------------|----------------|-------------------|-----------------|--------------------|----------------|-------------------|
| C-HDL (mg/dl)§ | 0,81 (0,27)* | 0,28 (0,37) | 2,95 (0,25)* | 0,91 (0,48) | 2,39 (0,23)* | 1,93 (0,44)* |
| C-LDL (mg/dl)§ | -11,25 (1,19)* | -2,65 (1,63) | -9,08 (1,07)* | -5,81 (2,11)* | -8,06 (0,96)* | -5,49 (1,96)* |
| CT (mg/dl)§ | -26,43 (2,11)* | -2,93 (2,95) | -21,93 (1,92)* | -10,25 (3,8)* | -18,47 (1,76)* | -9,86 (3,5)* |
| TG (mg/dl)§ | -30,19 (2,62)* | -2,34 (3,97) | -38,2 (2,42)* | -10,71 (5,14) | -36,26 (2,21)* | -16,29 (4,8)* |
| PAS (mm Hg)§ | -4,33 (0,6)* | -2,33 (0,95) | -6,04 (0,54)* | -3,76 (1,21)* | -5,69 (0,5)* | -2,35 (1,13)* |
| PAD (mm Hg) | -2,42 (0,38)* | -1,48 (0,51)* | -2,66 (0,35)* | -1,56 (0,66) | -2,43 (0,32)* | -2,1 (0,61)* |

RV-011
RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SEGÚN FRAMINGHAM RISK FACTOR Y SCORE EN UN ESTUDIO OBSERVACIONAL EN ESPAÑA

I. Julián¹, P. Polavieja¹, I. Carpio¹, J. Reviriego¹, A. Rodríguez¹ y G. Estudio ECLA²

¹Departamento de Investigación Clínica, Lilly S.A., ²Grupo del Estudio ECLA. Alcobendas, Madrid.

Objetivos. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se asocia con un incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), debido a múltiples factores de riesgo. Existen diversas ecuaciones para calcular el riesgo CV, aunque Framingham Risk Factor (FRF) y SCORE están probablemente entre las más utilizadas. Nuestro objetivo fue describir el riesgo a 10 años de enfermedad coronaria (EC) en una

población con DM2 que a juicio de su médico necesitaba tratamiento oral combinado. Los datos se recogieron para un estudio observacional que se llevó a cabo en todo el país.

Material y métodos. En este estudio observacional, prospectivo, fase IV, no intervencionista, se obtuvieron datos basales de 2465 pacientes (50,3% mujeres; edad media 61.1 años [IC 95%: 60,6-61.5]). Se utilizaron la ecuación de Framingham calibrada para población española (EC) y el sistema de estimación de riesgo de SCORE (ECV fatal -ECVF).

Resultados. Los datos se presentan como media y desviación estándar (DE). PAS: Presión arterial sistólica Instrucciones para pacientes diabéticos: riesgo al menos dos veces mayor para hombres (12.8%) y hasta cuatro veces mayor para mujeres (hasta 16%).

Conclusiones. Esta población de pacientes diabéticos tipo 2 parece tener un bajo riesgo de EC según la ecuación de Framingham calibrada, probablemente debido a un control aceptable de la presión arterial y un buen control del C-HDL. Sin embargo, el sistema de estimación de riesgo del SCORE predijo un mayor riesgo de ECVF en esta población con DM2. Ninguno de estos modelos es específico para pacientes diabéticos, y se podría estar infraestimando el riesgo si se comparan con otros modelos específicos para diabetes.

Riesgo CV según ecuación de Framingham calibrada para población española.

| | Edad | Duración diabetes | ED FRF calibrado | HbA1c (%) | PAS (mmHg) | CT (mmHg) | C-HDL (mg/dl) |
|------------|-------------|-------------------|------------------|------------|------------|------------|---------------|
| | (años) | (años) | (%) | (%) | (mmHg) | (mmHg) | (mg/dl) |
| Media (DE) | 61.1 (10,4) | 8.5 (7.1) | 7.4 (4.7) | 8.16 (1.8) | 142.3 (19) | 246 (69,7) | 52.7 (10,1) |

Riesgo CV según SCORE ECVF SCORE (%).

| | Edad | Duración diabetes | ED FRF calibrado | HbA1c (%) | PAS (mmHg) | CT (mmHg) | C-HDL (mg/dl) |
|------------|-------------|-------------------|------------------|------------|--------------|--------------|---------------|
| | (años) | (años) | (%) | (%) | (mmHg) | (mmHg) | (mg/dl) |
| Hombre | | | | | | | |
| media (DE) | 60,3 (10,1) | 8.1 (6.6) | 6.4 (6) | 8.17 (1.8) | 140,6 (18,4) | 241,9 (69,7) | 51.32 (9,7) |
| Mujer | | | | | | | |
| media (DE) | 61.8 (10,5) | 8.9 (7.5) | 4 (4.8) | 8.15 (1.7) | 144 (19,5) | 249,9 (69,5) | 54.1 (10,2) |

RV-012
VALORACIÓN PRONÓSTICA EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS ISQUÉMICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Gallardo Sancha², J. Rodríguez García¹, E. Botia Paniagua¹ y M. Villanueva Terrazas¹

¹Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. ²SUAP. Centro de Salud. Hellín, Albacete.

Objetivos. Hemos estudiado variables clínicas y complementarias en pacientes con ictus isquémico con la intención de valorar factores de mal pronóstico a corto plazo en estos pacientes.

Material y métodos. Estudio realizado en 434 pacientes ingresados con el diagnóstico de ictus isquémico a quienes se les realizó una valoración clínica (escala de severidad neurológica NIHSS), y una analítica con parámetros bioquímicos y hematológicos. A los pacientes se les agrupó según la puntuación de la escala de Rankin, medida en el día 7 del ictus, en pacientes de buen pronóstico (BP, puntuación entre 0 y 3) y mal pronóstico (MP, puntuación 4-6). Para comparar ambos grupos se emplearon los estadísticos de la t de Student, chi cuadrado y Mann-Whitney.

Resultados. Comparando el grupo BP (n = 346) respecto al MP (n = 88), los resultados fueron los siguientes: edad (años) 70 ± 10 vs 74 ± 9 (0,000), sexo masculino 200 (58%) vs 41 (46%) (0,06), puntuación de Barthel previa al ictus 94 ± 15 vs 87 ± 19 (0,008), puntuación NIHSS 4.3 ± 1.9 vs 12.4 ± 10,7 (0,000), éxitos 0 vs 40 (45%) (0,000). No se observaron diferencias en relación a los factores de riesgo vascular o en el antecedente de ictus previo; la fibri-

lación auricular fue más frecuente en el grupo MP (12% vs 28%, 0,000). Los datos analíticos que mostraron diferencias significativas entre ambos grupos fueron los siguientes: VSG (mm 1^a hora) 27 ± 22 vs 35 ± 25 (0,03), fibrinógeno (mg/dl) 395 ± 119 vs 428 ± 135 (0,04), ácido úrico (mg/dl) 5.8 ± 1.7 vs 5.2 ± 1.7 (0,008), glucemia basal (mg/dl) 124 ± 56 vs 145 ± 60 (0,001), colesterol total (mg/dl) 202 ± 45 vs 185 ± 42 (0,008), LDH (U/L) 316 ± 91 vs 413 ± 160 (0,000), log microalbuminuria 1.41 ± 0,62 vs 1.63 ± 0,71 (0,03).

Discusión. El estudio de una amplia serie de pacientes con ictus isquémico nos ha permitido estudiar el comportamiento de variables que podrían tener valor pronóstico. En este sentido, el grupo de pacientes con mal pronóstico funcional evaluado a los 7 días del ictus, estaba formado por pacientes de edad avanzada y mayor deterioro funcional previo, si bien no se observó una mayor frecuencia de ictus previo. Entre los factores de riesgo de ictus cerebrovascular, la fibrilación auricular estuvo presente en mayor proporción en los pacientes del grupo de mal pronóstico. Entre los marcadores séricos, probablemente los niveles de LDH elevados son la expresión del daño tisular que acontece en pacientes con ictus extensos. Los niveles de glucemia basal estuvieron más elevados en pacientes con peor pronóstico, aunque la proporción de diabéticos fue similar en ambos grupos; este hecho, además de deberse probablemente a una mayor proporción de diabéticos no diagnosticados, indica que la diabetes mellitus supone un factor pronóstico de mala evolución funcional en el paciente con ictus isquémico.

Conclusiones. La edad, la situación funcional previa, la severidad neurológica del ictus al ingreso, así como determinados parámetros analíticos (VSG, fibrinógeno, glucemia, LDH), son variables a considerar en la valoración pronóstica de los pacientes con ictus isquémico.

RV-013
PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH

V. Moreno Cuerda, P. Pardo, M. Morales Conejo, C. Íbero, R. Rubio, C. Vargas y L. Tamargo

Unidad Infección VIH. Servicio Medicina Interna. H. Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El tratamiento antirretroviral (TAR) se ha asociado a resistencia a la insulina, alteraciones de la distribución de la grasa corporal e hiperlipemia. En ocasiones, estos trastornos metabólicos están asociados conformando el denominado síndrome metabólico (SM). Los objetivos de este estudio son: 1) calcular la prevalencia de SM en los pacientes con infección VIH; 2) analizar la tasa de eventos isquémicos entre aquellos pacientes con SM; 3) analizar la relación del TAR y la situación inmunoviológica con la presencia de SM.

Material y métodos. Corte transversal en el que se recogen todos los pacientes con infección VIH valorados en la Unidad de Infección VIH del Hospital Universitario 12 de Octubre durante el mes de Febrero de 2005. En todos los casos se recogieron las distintas variables que definen el SM según el panel de expertos ATPIII del National Cholesterol Education Program. En todos los casos se recogió el tipo de TAR, la cifra de linfocitos CD4 y la carga viral (máxima y en el momento del corte).

Resultados. Se recogieron 110 pacientes, de los cuales 25 (22,73%) presentaban SM. La prevalencia de las distintas variables que definen el SM se refleja en la tabla I. La prevalencia de cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular entre aquellos pacientes con SM es del 8% (2/25 pacientes) y 4% (1/25 pacientes) respectivamente. En los pacientes sin SM no se observó ningún evento isquémico. Los pacientes con infección VIH y SM presentan un nadir de linfocitos CD4 inferior (162/mm³ vs 249/mm³; p = 0,011). Cuando se analiza la situación virológica entre ambos grupos se objetiva que la carga viral máxima (copias/ml) es superior en los pacientes con SM (215.874 vs 131.308; p = 0,045). La prevalencia de SM entre los pacientes que han recibido en algún momento TAR es del 26,88% (25/93 pacientes), mientras que la prevalencia de síndrome metabólico entre aquellos pacientes que nunca han recibido TAR es del 0% (0/17 pacientes) p = 0,015.

Discusión. Existe una asociación entre SM y la administración de TAR. Probablemente, la asociación entre peor nadir de linfocitos CD4 y mayor carga viral basal entre los pacientes con SM sea cir-

constancial, dado que los pacientes con esta situación inmunoviológica precisan con mayor frecuencia TAR.

Conclusiones. La prevalencia SM entre los pacientes infectados por VIH es del 22,73%. La prevalencia de eventos isquémicos en este grupo de pacientes es 12%, comparado con el 0% entre aquellos que no presentan este síndrome. Los pacientes con SM presentan básicamente una peor situación inmunoviológica comparado con aquellos que no presentan este síndrome. Todos los pacientes con SM (25 pacientes) habían recibido en algún momento TAR, mientras que los 17 pacientes que nunca habían recibido TAR ninguno presentaba SM.

Tabla I. Prevalencia de las distintas variables que definen el síndrome metabólico (ATPIII).

| | CRIT. DIAGNÓSTICO | PREVALENCIA |
|--------------------------|-------------------|-----------------|
| Tensión arterial | > 130/85 mmHg | 56/110 (50,91%) |
| Glucemia basal | > 110 mg/dl | 10/110 (9,10%) |
| Triglicéridos | > 150 mg/dl | 69/110 (62,73%) |
| Colesterol HDL (varones) | < 40 mg/dL | 28/78 (35,90%) |
| Col HDL (mujeres) | < 50 mg/dl | 19/32 (59,38%) |
| P. abdominal (hombres) | > 102 cm | 7/78 (8,97%) |
| P. abdominal (mujeres) | > 88 cm | 15/32 (46,88%) |

RV-015
DIFERENCIAS TENSIONALES ENTRE AMBOS BRAZOS. A PROPÓSITO DE TRES CASOS DE ESTENOSIS DE LA ARTERIA SUBCLAVIA

M. Moreno Azofra, L. Hurtado Carrillo, R. Daroca Pérez, A. Echeverría Echeverría, D. Mosquera Lozano, J. Peña Somovilla y J. Pinilla Moraza

Medicina Interna. Hospital San Millán. Logroño, La Rioja.

Objetivos. Analizar la importancia de la medición de la tensión arterial (TA) en ambas extremidades superiores.

Material y métodos. Descripción de tres casos clínicos en los que se hallaron diferencias importantes en la medición de la TA entre ambos brazos.

Resultados. CASO 1: Varón de 80 años diagnosticado de hipertensión arterial (HTA) un mes antes, en tratamiento con enalapril. Fue remitido al hospital por cuadro de anemia e hipotensión, objetivándose una (TA) en el brazo izquierdo de 60/40 mmHg y de 115/45 en el derecho. Se realizó una angiorresonancia magnética de troncos supraaórticos (TSA), observándose una obstrucción total al flujo en el tercio proximal de la arteria subclavia izquierda con repermabilidad del flujo a los 17 mm, siendo el resto del trayecto de calibre muy fino. Se realizó arteriografía observándose síndrome de robo de subclavia izquierda. CASO 2: Varón de 65 años diagnosticado de HTA en tratamiento con enalapril y furosemida. En las revisiones habituales se había objetivado TA más elevada en el brazo izquierdo con respecto al derecho. Ingresa por aumento de su disnea habitual. En la exploración física se objetivó TA en brazo izquierdo 150/60 y TA 90/60 en el derecho. En la angioRMN se observó estenosis del extremo proximal de la arteria subclavia derecha de 12 mm de longitud a 6 mm de su origen, rellenándose fundamentalmente a través de la arteria vertebral homolateral. El paciente no acudió a controles. CASO 3: Mujer de 70 años diagnosticada de HTA, en tratamiento con diuréticos desde hace un año y medio. Ingresa por cuadro de mareo y visión borrosa. En la exploración física muestra una TA en brazo derecho 100/80 y de 180/75 en el izquierdo. La angioRMN mostró una oclusión completa de la arteria subclavia derecha. La arteriografía puso de manifiesto una oclusión completa de arteria subclavia derecha, con flujo muy discreto a través de colaterales y sin robo de subclavia.

Discusión. La diferencia en la medición de la TA entre ambos brazos tiene varias implicaciones clínicas. Por un lado puede conducir a error en el diagnóstico y mal control de la HTA; además podría ser un indicador de riesgo vascular. Por otro lado, cuando la diferencia de TA es importante, suele ser debida a estenosis u oclusión de la arteria subclavia en el lado con menor TA; en este caso las implicaciones pueden ser de isquemia en la extremidad afecta, diagnóstico de

procesos específicos (aortitis, coartación aórtica) y síndrome de robo de subclavia. En el caso 1 la diferencia tensional fue causa de error en la valoración clínica del paciente. En los casos 1 y 2 se observó síndrome de robo de subclavia arteriográfico.

Conclusiones. La medición de la TA en ambos brazos es imprescindible en diversas situaciones clínicas: diagnóstico de HTA, hipotensión, síncope, síntomas cerebrovasculares y cualquier situación de riesgo vascular en general.

RV-016
LA OBESIDAD SIN HIPERTENSIÓN TIENE SIMILAR ALTERACIÓN HEMODINÁMICA QUE EL HIPERTENSO NO OBESO

E. López Vidriero Abelló, F. Rodríguez Rodríguez, y E. López Vidriero Tejedor

Unidad de Hipertensión. H.G.U.G. Marañón. Madrid.

Objetivos. Se pretende estudiar las diferencias cardiovasculares entre no hipertensos con sobrepeso: BMI > 24 (O+HTA-) o sin sobrepeso: BMI < 24(O-,HTA-) e hipertensos no obesos (O-HTA+), con el fin de comprobar la mayor alteración cardiovascular que esta descrita en el obeso vs el hipertenso no obeso.

Material y métodos. Se ha hecho un estudio retrospectivo en 36 no obesos y no hipertensos, 166 obesos no hipertensos y 27 hipertensos no obesos, similar: edad = 42.607 ± 1.86 vs 43.15 ± 0,81 vs 44,00 ± -1.74.Sexo:mujeres = 61%, 34%, 53%, presión arterial = 111.96 ± 2.67/71.28 ± 1.99, 122.35 ± 1.06/76.25 ± 0.79, 146 ± 3.60/94.22 ± 1.35, IMC:22.24 ± 0,23, 29,86 ± 0,34, 22.23 ± 0,40, tabaco: 38%, 28%, 55%, hiperlipemia: 21%,31%, 43%, diabetes: 3%,4%, 4% Se hizo un estudio cardiovascular mediante análisis de la onda de presión arterial (FINAPRES) y cardiografía por impedancia (NIHON KODEN) para poder determinar resistencias periférica totales (RPT), índice cardíaco (I.C), distensibilidad vascular periférica (C2), distensibilidad vascular central (C1).

Resultados. Ver tabla.

Discusión. El no hipertenso no obeso presenta menos resistencias periféricas, mayor índice cardíaco, distensibilidad periférica y central que el obeso no hipertenso, así como con el hipertenso no obeso. La obesidad en el no hipertenso por si sola tiene similar daño cardiovascular que el hipertenso no obeso, presentado similar: aumento de las resistencias vasculares periférica, índice cardíaco, distensibilidad vascular central y mayor distensibilidad vascular periférica. Los hipertensos no obesos por tener más hiperlipemia y son más fumadores presentan menor distensibilidad periférica.

Conclusiones. El obeso no hipertenso tiene similares resistencias periféricas, índice cardíaco y distensibilidad central, que el hipertenso no obeso, con las consiguientes consecuencias fisiopatológicas. Datos como media ± error Standard.

Resultados.

| | RPT mmHg/m-1/s/m ² | I. cardíaco l/m/m ² | C2 mmHg/m | C1 l/m/m ² /mmHg |
|-----------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------------------------|
| O-,HTA- | 2.04±0,13 | 2.81±0,19 | 1.88±0,21 | 1.74±0,08 |
| p | < 0,05 | < 0,05 | < 0,001 | < 0,01 |
| O+,HTA- | 2.75±0,15 | 2.47±0,08 | 1.42±0,06 | 1.63±0,06 |
| p | ns | ns | < 0,01 | ns |
| O-HTA+ | 2.49±0,19 | 2.44±0,17 | 0.94±0,06 | 1.39±0,10 |
| p:O-,HTA± | < 0,05 | < 0,05 | < 0,001 | < 0,001 |

RV-018
CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH

V. Moreno Cuerda, M. Morales Conejo, P. Pardo, C. Íbero, R. Rubio, M. Torralba, C. Vargas y R. Costa

Unidad Infección VIH. Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, antropométricas y analíticas de los pacientes con infección VIH y SM.

Material y métodos. Corte transversal en el que se recogen todos los pacientes con infección VIH valorados en la Unidad de Infección VIH del Hospital Universitario 12 de Octubre durante el mes de Febrero de 2005. El SM se definió según el panel de expertos ATPIII del National Cholesterol Education Program.

Resultados. Se recogieron 110 pacientes, de los cuales 25 (22,73%) presentaron SM. Cuando se comparan las características clínicas (edad, sexo, años de evolución de la infección VIH) no se objetivan diferencias significativas entre los dos grupos. El antecedente familiar de cardiopatía isquémica es más frecuente en el grupo de SM (20% vs 5,88; $p = 0,031$). Tanto el colesterol total, como el colesterol HDL y triglicéridos fueron superiores en el grupo de SM. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el colesterol LDL. Las cifras basales de glucemia fueron superiores en el grupo del SM ($p = 0,0002$). En los pacientes con infección VIH y SM se observa unos niveles de fibrinógeno y PCR superiores que aquellos que no presentan SM (tabla 1). Las cifras tanto de TA sistólica como TA diastólica fueron significativamente superiores en el grupo del síndrome metabólico ($p < 0,0001$ en ambos casos). La comparación de las variables antropométricas se muestran en la tabla 2.

Discusión. Las cifras de TA sistólica, TA diastólica, perímetro abdominal, glucemia basal y triglicéridos son superiores en el grupo de SM de forma estadísticamente significativa dado que son variables que forman parte de la definición de SM. La concentración de colesterol HDL es inferior en el grupo del SM por la misma causa. El índice de masa corporal es superior en el grupo del SM y la lipohipertrofia es más frecuente en este grupo. Un mayor índice de masa corporal y la lipohipertrofia se asocian con el SM probablemente porque estas variables se solapan parcialmente con el perímetro abdominal (variable incluida en la definición de SM) Por otro lado, tanto el fibrinógeno como la PCR presentan unas concentraciones más elevadas en el grupo del SM, lo cual se correlaciona con un estado pro-inflamatorio asociado a SM que puede favorecer la aparición de eventos isquémicos en el futuro.

Conclusiones. El SM en los pacientes con infección VIH se asocia con un mayor índice de masa corporal y con una mayor frecuencia de alteraciones en la distribución de la grasa corporal (tanto lipohipertrofia como lipoatrofia). Por otro lado, los pacientes con SM presentan unos parámetros inflamatorios (fibrinógeno y PCR) más elevados que aquellos que no presentan SM.

Tabla 1. Parámetros inflamatorios en pacientes con síndrome metabólico.

| | Síndrome metabólico (n = 25) | Sin síndrome metabólico (n = 85) | p |
|-------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Fibrinógeno | 310,32 | 266,58 | 0,011 |
| PCR | 0,92 | 0,53 | 0,181 |

Tabla 2. Variables antropométricas en pacientes con SM.

| | Síndrome metabólico (n = 25) | Sin síndrome metabólico (n = 85) | p |
|---------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------|
| Perímetro abdominal | 93,48 | 85,31 | 0,001 |
| IMC | 26,00 | 23,84 | 0,016 |
| Lipoatrofia | 12 (48,00%) | 23 (27,06%) | 0,048 |
| Lipohipertrofia | 7 (28,00%) | 4 (4,71%) | 0,0006 |

RV-019
DETERMINACIÓN DE LOS VALORES DE NORMALIDAD MEDIANTE LA AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN LA EDAD EN NAVARRA

A. Cia¹, R. Campos², M. Muniesa², V. Jarner², M. Arteaga², P. Fanlo², M. Berrade³ y G. Tiberio¹

¹Ciencias de la Salud. Universidad Pública. Pamplona, Navarra. ²Cardiología, Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra. ³Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.

Objetivos. Hipótesis de trabajo: dada la gran utilización de este nuevo método diagnóstico que es la automedida de presión arterial

(AMPA) y existiendo escasa clarificación sobre los valores considerados de normalidad de dicha automedida se realizó este estudio.

Material y métodos. Se seleccionó una muestra de 1136 personas, de forma aleatoria y estratificada por edad y sexo, de 25 a 64 años (grupo 1 = 25-34 años, 2 = 35-44, 3 = 45-54, 4 = 55-64). Se excluyeron a los diagnosticados de HTA. En la recogida de datos en consulta (C) se determinó la PA tres veces, mediante el esfigmomanómetro de mercurio (Hg) en las dos primeras (ambos brazos) y mediante el aparato automático Omron 705 CP (ap autom) en la 3ª. Se registró la frecuencia cardíaca (FC), la talla y el peso. Para la recogida de datos en el domicilio (D) se les instruyó en el manejo del ap autom y se les pidió que obtuviesen 9 mediciones de PA, tres por la mañana (M), tres por la tarde (T) y tres por la noche (N) durante tres días laborables (L) y uno festivo (F). Se aplicó la t de Student de medias pareadas, ANOVA y regresión lineal.

Resultados. Las mediciones de PA (mm Hg) en C y D se obtuvieron en 734 participantes. De ellos, 185 presentaron valores de PA en $C \geq 140/90$. En este grupo la media del índice de masa corporal (IMC) fue de $28,8 \pm 4,1$ y en el grupo con $PA < 140/90$ fue de $26 \pm 3,6$. Las medias de PS/PD en C con el Hg fueron en el brazo derecho para el grupo 1, $116,6 \pm 12,8/70,8 \pm 9,3$; el grupo 2, $120,2 \pm 13,9/75,9 \pm 10,5$; el grupo 3, $127,4 \pm 14,7/79,8 \pm 9,9$ y el grupo 4, $129,4 \pm 14,3/78,9 \pm 8,7$. En el brazo izquierdo, $116,1 \pm 12,1/70 \pm 8,9$ para el grupo 1; $119,3 \pm 14,2/75,5 \pm 10,3$ para el grupo 2; $125,5 \pm 13,9/78,6 \pm 9,7$ para el grupo 3 y $128,6 \pm 13,9/78,1 \pm 8,6$ para el grupo 4. Con el ap autom, la media en el total de la muestra fue de $123 \pm 16,1/73,7 \pm 10,3$. La media de PS/PD en el D era $106,7 \pm 14,3/65,6 \pm 9,3$ en el grupo 1; en el grupo 2, $109 \pm 16,3/69,1 \pm 10,6$; en el grupo 3, $114,1 \pm 17,2/71,2 \pm 9,9$ y en el grupo 4, $119 \pm 15/72 \pm 8,9$. El límite superior de normalidad en el D mediante la determinación a partir de la media +2DE en el grupo seleccionado con una PA en C menor de 140/90 mm Hg fue: grupo 1, 128/79; grupo 2, 129/79; grupo 3, 134/81; y grupo 4, 139/85. La determinación de la PA (en mm Hg) en el domicilio mediante el percentil 95 correspondió a: grupo 1, 128/78; grupo 2, 129/78; grupo 3, 133/80 y grupo 4, 135/83. Al aplicar la regresión en el grupo de personas seleccionadas con $PA \geq 140/90$ para establecer el diagnóstico de HTA sería 130/81.

Conclusiones. Conclusiones: 1. Detectamos diferentes valores de PA entre los grupos extremos de edad (25-34 años y 55-64 años), con mayores niveles en personas de 55-64 años. 2. Consideramos que el límite de la normalidad (AMPA), al aplicar la ecuación de regresión, debe ser para el grupo de edad de 25-44 años de 128/78 y para el de 45-64 años de 133/83. 3. Se deben tener en cuenta estos valores de referencia según la edad, para un mejor control y valoración.

RV-020
EMPEORAMIENTO DEL PERFIL LIPÍDICO DE JÓVENES VARONES ESPAÑOLES Y SU CORRELACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL: ESTUDIO AGEMZA

M. Portero Pérez¹, M. Laclaustra Gimeno¹, M. González García¹, J. Casanovas Lengua², E. Luengo Fernández³, A. del Río Ligorit¹, A. Giner Soria¹ e I. Ferreira Montero¹

¹Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ³Cardiología. Hospital Militar. Zaragoza.

Objetivos. Ante la sospecha de un empeoramiento del perfil cardiovascular de la población actual, realizamos este estudio para valorar si ésto se reflejaba también en nuestros jóvenes. Uno de nuestros objetivos fue analizar los cambios en el perfil lipídico y correlacionarlo con el índice de masa corporal (IMC).

Material y métodos. Estudio observacional transversal comparativo de dos cohortes de jóvenes varones españoles de similares características en cuanto a edad, sexo y actividad física. La primera cohorte (Grupo A) está formada por 258 sujetos de los años 1980 con una media de edad de 19,85 años y la segunda cohorte (Grupo B), la forman 247 sujetos de los años 2000 con una media de edad de 21,14 años. Presentamos las variables del perfil lipídico estudiadas en los dos grupos y sus diferencias, aplicando la t de Student para datos independientes, así como los cambios en el peso y en el IMC,

y la correlación de éste con las variables del perfil lipídico en el grupo B, aplicando el método de Pearson.

Resultados. En la muestra del grupo B existe un empeoramiento significativo de los valores del perfil lipídico (CT, C-HDL, C-LDL, TG y Apo B), del peso y del IMC, respecto a la muestra del grupo A. El empeoramiento del perfil lipídico se correlaciona significativamente con los cambios experimentados en el IMC (tabla 1).

Discusión. Los hallazgos obtenidos apuntan a que parece prioritario la vigilancia del peso, fundamentalmente por dos razones: evitar el riesgo que el factor sobrepeso conlleva *per se*, y tratar de reducir la aparición de otros factores como la hipertensión o la dislipemia que parecen tan ligados al mismo y tan asociados al riesgo de enfermedad aterosclerosa.

Conclusiones. En una muestra de jóvenes varones españoles de los años 2000, sanos y deportistas habituales, encontramos un peor perfil lipídico: más CT, más c-LDL, más TG y Apo B y menos c-HDL (aunque se encuentran en valores deseables según las actuales recomendaciones de las guías científicas) que una muestra de similares jóvenes correspondientes a los años 1980. Esto se correlaciona significativamente con los cambios experimentados en el IMC en la actualidad.

Correlación IMC-Perfil lipídico.

| | IMC B r | IMC B p | IMC B n |
|-----------------|----------|---------|---------|
| CT B (mg/dl) | 0,163* | 0,01 | 247 |
| C-HDL B (mg/dl) | -0,135* | 0,034 | 247 |
| C-LDL B (mg/dl) | 0,198* | 0,002 | 247 |
| TG B (mg/dl) | 0,164** | 0,010 | 247 |
| Apo-B B (mg/dl) | 0,203*** | 0,001 | 247 |

RV-021

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Rovira Pujol¹, C. Sanclemente Anso¹, D. Vigil Martín², C. Rodríguez Gallego López², P. Ferràs Carceller², J. Ruiz Baixauli², V. García Gil² y J. Vilaró Pujals¹

¹Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona.

²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Asistencia Primaria. Manlleu, Barcelona.

Objetivos. Describir las características de pacientes jóvenes con edad menor o igual a 50 años que han padecido un accidente vascular cerebral (AVC), los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y las enfermedades cardiovasculares (ECV) previas; el tratamiento de prevención secundaria y el pronóstico a corto plazo.

Material y métodos. Análisis descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes con edad menor o igual a 50 años atendidos el Hospital General de Vic entre enero de 2001 y diciembre de 2004 con el diagnóstico de AVC. Recogimos las siguientes variables: FRCV, antecedentes de ECV, y de cardiopatía no isquémica. Se clasifican etiológicamente y se valoran las exploraciones complementarias y las medidas de prevención secundaria instauradas al alta.

Resultados. Se identificaron 84 episodios (71.4% hombres y 28.5% mujeres): 14 (16.6%) AVC hemorrágicos; 69 (81.1%) AVC isquémicos (41;48.8% aterotrombóticos ,infarto y accidente isquémico transitorio (AIT);14;16.6%; cardioembólicos(infarto y AIT);14(16.6%) como indeterminados. Se detectaron 8 casos de foramen oval permeable. Un paciente diagnosticado de síndrome antifosfolipídico. 2 pacientes con hiperhomocisteinemia. Un caso de AVC isquémico por consumo de cocaína. Se determinó el perfil lipídico en el 65.4% de los pacientes diagnosticándose de dislipemia el 54.5% de los mismos e iniciándose tratamiento en un 83.3%. La media de colesterol fue de 198.5 ± 56.6, c-LDL 133.6 ± 51.2 y c-HDL 40 ± 10,31. El FRCV más prevalente fue el tabaco (50%) en todos los subtipos de AVC excepto en el AVC hemorrágico (HTA y tabaco (ambos 21.4%) y el AIT cardioembólico (HTA -33.3%-). 13% diabéticos. 33.3% hipertensos. Se registraron 2 éxitos en la fase aguda (hospitalización); 34.5% presentaron secuelas al alta; 9,5%

complicaciones neurológicas; 8.3% complicaciones no neurológicas. 59 pacientes fueron alta a domicilio o a centro sociosanitario, 20 trasladados a otros centros hospitalarios; el 85.7% de los AVC hemorrágicos fueron trasladados. Se hacen recomendaciones dietéticas a un 50%, ejercicio físico a un 37%, y abstinencia tabáquica a un 61.5%. Se recomienda tratamiento antiagregante al 81.3% y anticoagulante al 23.7%.

Conclusiones. 1) La incidencia de AVC en pacientes con edad menor o igual a 50 años fue de 5.8%. 2) El subtipo de AVC más frecuente fue el isquémico aterotrombótico, siendo diferente este dato de otras series. 3) En el estudio etiológico se objetivaron causas infrecuentes en 16 pacientes (19%). 4) El FRCV más prevalente en ambos sexos fue el tabaco. Para ningún FRCV se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. 5) El 65% de los pacientes dislipémicos evaluados a los 12 meses y controlados en la consulta ambulatoria hospitalaria de lípidos alcanzaron los objetivos terapéuticos (c-LDL menor o igual a 100 mg/dl),dato muy satisfactorio para nuestro equipo. A estos pacientes se les aplicó un programa estructurado de prevención secundaria de arteriosclerosis. 6) Presentaron recurrencias un 8.3% de la muestra total. Se trata de pacientes que en ningún momento habían presentado un control óptimo de los FRCV, por lo que consideramos importante el seguimiento exhaustivo de estos pacientes a nivel ambulatorio, tanto en la consulta de especialista como en la consulta de atención primaria.

RV-022

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRECOZ EN LA MUJER

P. Ferràs Carceller¹, C. Sanclemente Anso¹, D. Vigil Martín², C. Rodríguez Gallego López¹, E. Rovira Pujol¹, J. Ruiz Baixauli¹, J. Vilaró Pujals¹ y J. Sadurni²

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Asistencia Primaria. Manlleu, Barcelona.

Objetivos. Observar la incidencia de cardiopatía isquémica precoz en el sexo femenino, que factores de riesgo cardiovascular se presentan con más frecuencia y la actuación facultativa sobre los mismos en el alta hospitalaria.

Material y métodos. se revisaron las historias clínicas de mujeres ingresadas por cardiopatía isquémica precoz(edad igual o inferior a 65 años) en el Hospital General de Vic durante un periodo de 5 años,de enero de 1999 a septiembre de 2004.Se recogieron datos como: estancia media, destino al alta, complicaciones durante el ingreso, factores de riesgo cardiovascular y prevención secundaria posterior, enfermedad cardiovascular previa, entre otras variables. Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas de centralización y dispersión estándar con comparación de las variables cualitativas mediante Chi Cuadrado y Test de Fisher.

Resultados. N = 32, Edadmedia = 52 ± 12.1años. Antecedentes de enfermedad cardiovascular: enfermedad cerebrovascular (ECV): 3.1%,enfermedad coronaria (ECC) 15.6%, arteriopatía periférica (ARP): 3.1%,se realizó perfil lipídico a 16 (50%) de las pacientescon valores: colesterol total: 198 ± 42, c-LDL130 ± 24, c-HDL: 50 ± 23, Triglicéridos: 143 ± 87, Número FRCV: 0 FRCV:10 (31.2%), 1 FRCV:7 (21.87%),2 FRCV:4 (12.5%),3 FRCV:7 (21.87%),4 FRCV: 3 (9,45). Prevalencia FRCV: HTA 40,6%, Dislipemia 31.2%, Diabetes 31.2%, Tabaco 31.5%, Complicaciones durante el ingreso: Angor 21.8%, arritmias: 6.3%, aneurisma: 3.1%, otras: 15.6%. Tratamiento: angioplastia: 25%, fibrinólisis: 3.1%,cirugía: 9.7%. Exploracionescomplementarias: Ecocardiograma: 46.9%, cattereterismo: 40,6%,Spectmiocárdico: 6.2%, Ecodopplertruncossupra-aorticos: 6.2%,espirometria: 6.2%, ecodoppler extremidades inferiores:3.1% Recomendaciones higienicodietéticas al alta: dieta:15.6%,Abstinencia de tabaco: 33.3%, ejercicio físico o rehabilitación: 0%. El destino al alta fue domicilio: 78.1%, sociosanitario: 3.1%, hospital de III nivel: 9,4%, Éxitos: 6.3%.

Conclusiones. 1. La incidencia de cardiopatía isquémica precoz en el sexo femenino fue de 24.61 x 100,00 hab/año. 2. La enfermedad cardiovascular previa más frecuente fue la angina inestable, también fue la complicación más frecuente después del episodio agudo, seguida de la infección respiratoria. 3. El factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue la hipertensión arterial por lo que es fundamental controlar y alcanzar los objetivos terapéuticos según el riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos,para impedir

que padezcan cualquier evento cardiovascular. 4. Las recomendaciones higiénico-dietéticas (dieta, ejercicio físico y abstinencia tabáquica) fueron muy deficientes, de aquí la importancia de usar programas donde estén protocolizadas estas recomendaciones y así mejorar la calidad asistencial con un bajo coste. 5. Debido a que la cardiopatía isquémica precoz en mujeres es una patología frecuente, estamos convencidos que es necesario mejorar la prevención tanto primaria como secundaria de los factores de riesgo cardiovascular, que en la actualidad por diferentes causas no consigue los objetivos terapéuticos deseables.

RV-023

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS AL ICTUS. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD Y SEXO

C. Sanclemente Ansó¹, D. Vigil Martín², E. Rovira Pujol², A. Epelde Azcue², P. Ferràs Carceller², C. Rodríguez Gallego López², F. Alonso Valdés¹ y J. Vilaró Pujals¹

¹Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona.

²Medicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud. Manlleu, Barcelona.

Objetivos. Describir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en el ictus, ver su distribución según edad y sexo, y analizar si existían diferencias significativas

Material y métodos. De los 1008 pacientes registrados con el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular aguda entre enero de 2001 y diciembre de 2003, se recogen los FRCV, entre otras variables como tipo de ictus, gravedad, complicaciones del episodio, entre otros, y miramos si existían diferencias significativas en la distribución de estas variables según el sexo y la edad.

Resultados. De un total de 1008 pacientes tenían más de 50 años 928 (504 varones y 424 mujeres) y 80 eran menores o igual a 50 años (59 varones y 21 mujeres). Los FRCV se distribuyen en los mayores de 50 años: HTA 605 (65.2%), siendo este valor significativo respecto a los menores de 50 años, dislipemia 286 (30.8%), Diabetes 225 (24.2%), fumadores 136 (14.6%). En los menores de 50 años: 19 (23.7%) eran hipertensos, tenían dislipemia 27 (33.7%) diabetes 12 (15%) y eran fumadores 38 (47.5%). El perfil lipídico: en los mayores de 50 el colesterol total fue de $183 \pm 40,4$, c-LDL: 129 ± 28 , c-HDL: 44 ± 11 y triglicéridos: 143 ± 112 . El perfil de los menores de 50 años fue: colesterol total: $188 \pm$, c-LDL: 108 ± 66 , c-HDL: 40 ± 13 y triglicéridos: 172 ± 116 . Al separar los pacientes por sexo de los 1.008 obtuvimos 445 varones (44.1%) y 563 (55.8%) mujeres. El FRCV más prevalente fue la HTA y se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución del tabaco siendo más fumadores los varones que las mujeres y otro dato a destacar fue que en el perfil lipídico el c-HDL en las mujeres resultó más elevado con un valor de 48 ± 11 y de 44 ± 16 para los varones. La prevalencia de dislipemia también resultó más elevada en varones que en las mujeres, siendo 191 (43%) de los varones dislipémicos y 122 (21.6%) de las mujeres.

Conclusiones. 1) La Hipertensión arterial es el FRCV más prevalente, aumentando su frecuencia con la edad de una forma significativa $p < 0,0001$ coincidiendo este dato con la literatura y siendo el más importante en el ictus. 2) En los pacientes más jóvenes es muy relevante la presencia de tabaquismo $p < 0,0001$, por esta causa creemos que son muy importantes los programas de ayuda al paciente fumador como el que disponemos en nuestra consulta de riesgo cardiovascular. El tabaco también predominó en los varones respecto a las mujeres de una forma significativa $p < 0,0001$. 3) Hemos observado que los pacientes mayores de 50 años presentaban un c-LDL más elevado que los pacientes más jóvenes $p < 0,0109$. Al comparar entre sexos las mujeres presentaron un c-HDL superior al de los varones $p = 0,01$ pero con valores no muy elevados ni protectores y no influyendo este dato en la gravedad del ictus o en el pronóstico. La presencia de dislipemia fue superior en el sexo masculino $p = 0,01$. 4. El gran número de pacientes con ictus, la descripción de los mismos, así como la presencia de FRCV modificables, nos ha servido para mejorar la prevención secundaria de estos pacientes. Es muy importante la prevención primaria de los pacientes de alto riesgo cardiovascular a nivel de la asistencia primaria como en la hospitalaria para evitar muchos de estos episodios.

RV-024

TROMBOSIS BASILAR

B. Valle Borrego, E. Álvarez Rodríguez, B. Rojano Martín, G. Fernández Requeijo, M. Serrano Cazorla, L. Díaz Vidal, J. Sicilia Enriquez de Salamanca y C. Lozano Tonkin

Medicina Interna I. Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Mostrar un caso de una paciente con trombosis basilar, un síndrome clínico poco frecuente e impactante por la rápida evolución de los síntomas, y por la progresión al coma en muchos de los casos.

Material y métodos. Presentamos el caso de una mujer de 80 años que consulta por cefalea fronto-occipital, mareo e inestabilidad. Como antecedentes personales destacan: HTA, DM tipo 2 en tratamiento con insulina, cardiopatía isquémica (IAM infero-lateral en 1995) y faquectomía de ojo derecho con amaurosis desde entonces. Acude a Urgencias por cefalea fronto-occipital, mareo, inestabilidad, sensación nauseosa sin vómitos y disminución de agudeza visual en ojo izquierdo. En la exploración neurológica presenta una disminución progresiva del nivel de conciencia con GCS (Glasgow) 11. No signos meníngeos. Se realiza TAC craneal, en el que no se observan signos de isquemia aguda intra ni extraaxial. Infarto lacunar antiguo en cabeza del núcleo caudado izquierdo. Se realiza punción lumbar sin objetivarse datos de meningitis. Recuperó progresivamente el nivel de conciencia. A su ingreso en planta, a 1ª hora de la mañana, la exploración neurológica es normal. A última hora, presenta cefalea brusca, seguida de crisis tónica de segundos de duración, con estupor post-crítico, tras la cual presenta mareo e inestabilidad, con visión reducida a campo nasal de ojo izquierdo (ojo derecho amaurotótico); campo temporal abolido; distingue colores. Resto de exploración neurológica normal. Solicitamos RMN: Infarto reciente en territorio de arteria cerebral posterior derecha. Infarto reciente en lóbulo occipital izquierdo. En fosa posterior se identifica un infarto en territorio de arteria cerebelosa antero-superior derecha, y en menor medida en el lado izquierdo. Arteria basilar permeable, aunque con zonas estenóticas segmentarias, que podría explicar la afectación de territorios posteriores bilateralmente. Angio RM: Senos venosos permeables.

Resultados. Con las pruebas diagnósticas realizadas, obtenemos el diagnóstico de: Infarto en territorio de la arteria cerebral posterior derecha e izquierda, así como en el territorio de la arteria cerebelosa anterosuperior derecha. Aplicamos el siguiente tratamiento: heparina sódica IV 1 semana. Y continuamos con antiagregantes (clopidogrel), que mantuvimos al alta.

Discusión. La trombosis basilar suele cursar como un infarto progresivo en el que se van sumando, en horas, signos y síntomas dependientes de la disfunción de estructuras mesoencefalopontinas y cerebelosas. Conviene destacar la importancia de la exploración neurológica completa, diaria, en este tipo de pacientes, dado que un pequeño cambio de la misma puede ser indicio de una progresión de la lesión. Lo destacable de este caso fue la buena evolución y recuperación casi total de la paciente, con una discreta afectación visual como única secuela.

RV-025

CASOS DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

M. López Monteagudo, P. Pesqueira Fontán, E. Sánchez García y J. De Lis Muñoz

Medicina Interna. Hospital Montecelo (CHOP). Pontevedra.

Objetivos. Análisis de las características de pacientes con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio, ingresados en nuestro servicio durante el 2004. Nuestro objetivo es conocer su evolución durante el ingreso, así como la dificultad del diagnóstico, su manejo, y el tratamiento al alta.

Material y métodos. A través de la base de datos del CHOP, se realizó la selección de pacientes por diagnóstico en informe de alta de Medicina Interna: infarto agudo de miocardio. Se define este como alteraciones electrocardiográficas compatibles o elevación en rango anormal de marcadores de daño miocárdico: CPK y Troponina I. Los datos se han obtenido de los dossieres de historia clínica del episodio en concreto, de cada paciente.

Resultados. Se obtuvieron un total de 16 pacientes, con una edad media global de 83.8 ± 6.4 años. Distribución por sexos: 5 fueron varones y 11 mujeres. La estancia media fue de 9,89 días (rango 5.14-13.23). Procedencia: 4 procedían de la UCI, con una edad media de 77.5 años y el resto ingresaron directamente en el servicio desde urgencias, con una edad media de 85.9 años. En cuanto a los antecedentes, la mayoría presentaban factores de riesgo cardiovascular: Cardiopatía isquémica (sin especificar) 11/16, HTA 10/16, Dislipemia 6/16, Diabetes 5/16, etc... Forma de presentación: Síndrome típico (dolor anginoso característico, alteración en ECG): 10/16 y síndrome atípico: 6/16. Casi la mitad de los pacientes sin embargo, ingresaron en la unidad con otros diagnósticos inicialmente: FA rápida(2), insuficiencia cardíaca congestiva (3), convulsión(2), deterioro general/demencia/síndrome confusional (2). En cuanto a pruebas de confirmación: en el ECG, existían alteraciones compatibles (supradesnivel del ST) sólo en el 50%. En la medición de enzimas marcadores de daño miocárdico: elevación de CPK al ingreso en el 50% y de Troponina I en el 56%. En la mayoría no se realizaron otras pruebas complementarias, siendo el ecocardiograma la única relevante, realizado en 6/16. En relación a la evolución: 6 casos resultaron exitus. En cuanto a fármacos empleados en el tratamiento recogido del informe de alta: AAS 8/10, Clopidogrel 7/10, NTG 9/14, estatinas 4/10, Betabloqueantes y calcioantagonistas en 3/10, IECAS en 2/10.

Discusión. Llama la atención en esta revisión, la elevada edad media de nuestros pacientes, y la distribución por sexos: en las series el grupo mayor es el de varones, en comparación con el nuestro en el que las mujeres representan la mayoría. También es importante señalar la dificultad de cara al diagnóstico que atribuimos a la edad avanzada y comorbilidad asociada, ya que casi el 50% ingresan con otros diagnósticos. En cuanto a la utilización de pruebas diagnósticas, el ecocardiograma es la única prueba realizada; atribuimos este hecho a la escasa rentabilidad de cara al tratamiento que suponen las demás exploraciones en nuestros pacientes. El escaso uso de Betabloqueantes como profilaxis secundaria de cardiopatía isquémica en este grupo, creemos está en relación con la contraindicación por otras patologías que presentan estos pacientes.

Conclusiones. 1. Cuando la edad es avanzada, en el infarto agudo de miocardio, la tendencia de los servicios de urgencias es el ingreso en servicios de medicina interna (Edad media 83.8, y 25% son mayores de 90 años). Esto es posiblemente secundario a la comorbilidad y dificultad en el diagnóstico a estas edades. 2. En nuestra serie, hay un claro predominio en las mujeres, en contra de las series generales. 3. Los factores de riesgo cardiovascular estaban presentes en la mayoría, siendo la HTA el más importante. La cardiopatía isquémica sin especificar también resultó frecuente. 4. Se observa una dificultad al diagnóstico en estos pacientes, dado el número de ingresos con otro diagnóstico inicial que se confirman con pruebas complementarias a posteriori. Suponemos que está también en relación a la comorbilidad y grados de deterioro cognitivo en estos pacientes, que dificultan la anamnesis inicial. 5. El ecocardiograma, es la única prueba realizada. El empleo de otras: ergometría, etc., no serían rentables por las características de esta serie. 6. En el tratamiento médico: llama la atención la escasa utilización de betabloqueantes y estatinas.

RV-026 ESTRÉS OXIDATIVO EN LA PATOGÉNESIS DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA GESTACIÓN

I. Vallejo Maroto, M. Miranda Guisado, M. Nieto Martín, P. Stiefel García-Junco, R. Aparicio Santos, E. Pamies Andreu, J. Villar Ortiz y J. Carneado de la Fuente
Unidad de HTA Gestacional. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Analizamos la implicación del EO en una población de gestantes con trastornos hipertensivos de la gestación con los siguientes objetivos: 1. Determinar parámetros metabólicos presentes en el trastorno hipertensivo. 2. Analizar marcadores plasmáticos circulantes relacionados con el estrés oxidativo. 3. Evaluar los sistemas antioxidantes enzimáticos maternos. 4. Cuantificar marcadores inflamatorios en el plasma relacionados con la disfunción endotelial.

Material y métodos. Hemos analizado una población de 130 gestantes: 54 embarazadas con Preeclampsia (PCL), 42 hipertensas no

proteinúricas (HTAG) y 34 hipertensas crónicas (HTAC.) Comparamos con un grupo control de 50 embarazadas sanas. Hemos determinado medidas antropométricas; parámetros analíticos habituales; perfil lipídico; ácido úrico; homocisteína; marcadores de peroxidación lipídica (anticuerpos frente a la LDL oxidada, ácidos grasos libres y concentración de nitritos/nitratos); las enzimas antioxidantes glutatión-reductasa, glutatión-peroxidasa y superóxido-dismutasa; la capacidad antioxidante total del plasma así como diferentes marcadores inflamatorios (interleucina 6, interleucina 8 y factor de necrosis tumoral).

Resultados. PAS: PCL 156,7 (DE:14,5), HTAC 155,9 (DE:26,3), HTAG 151,4 (DE:9,8) y, en el control 120,7 (DE:17,4); $p < 0,000$, PAD: PCL 99,7 (DE:8,0), HTAC 96,9 (DE: 14,4), HTAG 97,6 (DE:5,2) y, en el control 71,4 (DE:10,6); $p < 0,000$, Perfil lipídico: Colesterol: PCL 247,9 (DE 68,4), HTAC 209,1 (DE:55,8); HTAG 226,3 (DE:45,5). Controles: 203,4 (DE:51,8); $p = 0,002$. Triglicéridos: PCL 282,9 (DE:141,6), HTAC 144,7 (DE:78,1), HTAG 205,0 (DE:78,9), Control 80,6 (DE:46); $p < 0,000$, Ácido úrico: PCL 6,6 (DE:2,1), HTAC 4,0 (DE:0,8), HTAG 5,0 (DE:2,0). Control: 3,2 (DE:0,8); $p < 0,000$, Homocisteína: PCL 10 (DE:6,0), HTAC 7,7 (DE:2,7), HTAG 8,7 (DE:2,5). Control: 8,4 (DE:1,0); $p = 0,134$. Marcadores de peroxidación lipídica: a) anticuerpos frente a LDL oxidada: PCL 605,40, HTAC 626,66 (DE: 152,23); $p < 0,000$, b) Ácidos grasos libres: PCL 594,75 (DE:225,64), HTAC 525,83 (DE:210,70), HTAG 565,28 (DE:194,82) mmol/L. Control 334,51 (DE: 152,23); $p < 0,000$, c) Nitritos/nitratos: PCL 38,58 (DE: 14,16), HTAC 32,26 (DE:15,98), HTAG 34,40 (DE: 12,42). Control: 28,63 (DE:9,16); $p = 0,004$. Capacidad antioxidante total del plasma y enzimas antioxidantes: a) Capacidad antioxidante total del plasma. PCL 1180,68 (DE: 136,33), HTAC 1163,40 (DE: 91,35), HTAG 1151,95 (DE: 122,73), Control 1135,26 (DE: 71,83) mmol/L; $p = 0,250$, b) Enzimas antioxidantes: -Enzima glutatión-reductasa: PCL 6322,74 (DE: 1490,38), HTAC 6726,66 (DE:1176,98), HTAG 6457,08 (DE: 885,94) y Control 5889,23 (DE: 1232,99) mU/gr Hb; $p = 0,02$. -Enzima glutatión-peroxidasa: PCL 80,04 (DE: 26,62), HTAC 77,07 (DE: 21,25), HTAG 78,70 (DE:22,93), control 73,15 (DE:19,40) mU/gr de Hb; $p = 0,5$. -Enzima superóxido-dismutasa: PCL 970,75 (DE:149,10), HTAC 989,86 (DE: 124,59) y HTAG 947,05 (DE: 145,60) mU/gr de Hb. Control: 1088,82 (DE: 141,64) mU/gr de Hb; $p < 0,000$. Parámetros inflamatorios: a) Interleucina 8. PCL 4,85 (DE:9,16), HTAC 4,43 (DE:7,24), HTAG 3,35 (DE:3,11) pg/ml. Control 1,43 (DE:3,15) pg/ml; $p = 0,198$. b) Interleucina 6: PCL 13,13 (DE:10,67), HTAC 10,09 (DE:12,65), HTAG 11,57 (DE: 9,72), Control 2,26 (DE:2,25) pg/ml; $p < 0,0001$. c) Niveles de FNT: PCL 24,31, HTAC 24,14 (DE: 22,00), HTAG 22,22 (DE:14,98) pg/ml. Control: 11,81 (DE:11,09) pg/ml; $p < 0,05$.

Conclusiones. Las gestantes con trastornos hipertensivos presentan un perfil metabólico más desfavorable y un peor perfil de riesgo vascular. En este grupo existió un aumento de los diferentes marcadores biológicos de estrés oxidativo y un desbalance entre los sistemas antioxidantes. Encontramos un aumento de la actividad proinflamatoria, traducido en un incremento de la interleucina 6, interleucina 8 y FNT.

RV-027 EFECTO DE LA PRAVASTATINA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL

P. Reales Figueroa¹, M. Casado Almeida¹, A. Carazo Marín¹ y F. Ruiz Carrillo²

¹Medicina Interna. Gutiérrez Ortega. Valdepeñas, Ciudad Real.

²Medicina Interna. Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Objetivos. El objetivo del presente estudio es valorar si la pravastatina ejerce algún efecto sobre la presión arterial, independientemente de su acción hipolipemiente.

Material y métodos. Se incluyen 60 pacientes, reclutados durante un año, y que cumplen los siguientes criterios de inclusión: pacientes normotensos y normoglucémicos, sin antecedentes de HTA ni de diabetes, con IMC < 27 kg/m², diagnosticados de hipercolesterolemia primaria, con colesterol > 250 mg/dl, que en el momento de la inclusión no tomen fármacos hipolipemiantes, ni padezcan

ninguna enfermedad crónica y que no tomen ningún otro tipo de medicación. Los pacientes han sido tratados con pravastatina 40 mg/día durante 16 semanas, además de aconsejar medidas dietéticas y actividad física. Se han efectuado dos visitas: basal y otra tras 16 semanas de tratamiento, valorándose en ambas: IMC, PAS, PAD, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos, endotelina-1 y ECA. Todos los resultados se expresan en medias con DE y se aplican a los mismos test de significación estadística. **Resultados.** Se obtiene una reducción media de PAS de 9,36 mmHg y de PAD de 6,14 mmHg, en ambos casos con significación estadística; así mismo se obtienen reducciones medias en las cifras de colesterol total, LDL-colesterol y triglicéridos, así como elevación de HDL-colesterol en los porcentajes esperados. También se obtiene una reducción medio en la endotelina-1 de 0,65 fmol/ml y de la ECA de 18,04 U/mL, también con significación estadística.

Tabla de resultados.

| | Basal | Final | p |
|--------------------------|----------------|----------------|-----------|
| IMC (kg/m ²) | 24,95 ± 1,20 | 24,94 ± 1,21 | 0,96 |
| PAS (mmHg) | 134,97 ± 11,47 | 125,61 ± 10,58 | < 0,00005 |
| PAD (mmHg) | 81,06 ± 6,13 | 74,92 ± 5,81 | < 0,00005 |
| Colesterol (mg/dl) | 276,78 ± 18,79 | 203,43 ± 14,35 | < 0,00005 |
| HDL-colesterol (mg/dl) | 53,18 ± 8,20 | 55,05 ± 7,72 | 0,205 |
| LDL-colesterol (mg/dl) | 53,18 ± 8,20 | 109,93 ± 17,26 | < 0,00005 |
| Triglicéridos (mg/dl) | 181,20 ± 29,58 | 153,26 ± 25,91 | < 0,00005 |
| Endotelina-1 (fmol/ml) | 1,932 ± 0,18 | 1,280 ± 0,18 | < 0,00005 |
| ECA (U/ml) | 53,13 ± 6,57 | 35,09 ± 6,08 | < 0,00005 |

RV-028

EL SÍNCOPE EN EL SIGLO XXI: ANÁLISIS MULTIDISCIPLINARIO DE SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS E IMPLICACIONES (ESTUDIO GESINUR-1)
C. Del Arco Galán¹, A. Martín Martínez¹, A. Moya Mitjans², P. Laguna del Estal¹, R. García Civera², J. Martínez Alday² y G. Barón Esquivias²

¹Sección de Arritmias. Sociedad Española Medicina Urgencias y Emergencias. Madrid. ²Grupo Trabajo Síncope. Sociedad Española de Cardiología. Barcelona.

Objetivos. Los servicios de urgencias (SU) constituyen el escalón asistencial que usa el 76% de los pacientes con síncope como fuente de atención médica. A pesar de ello, la información disponible sobre la magnitud y características de éste problema en los SU de nuestro país es escasa. Los objetivos del estudio GESINUR-1 (Grupo para el Estudio del Síncope en Urgencias) fueron: 1) Precisar la prevalencia, características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con síncope que acuden a los SU. 2) Analizar su impacto en el pronóstico y destino final de los pacientes.

Material y métodos. Estudio prospectivo multicéntrico observacional desarrollado en 19 SU del 14-Noviembre al 14-Diciembre-2003. Se definieron síncope y co-morbilidad de acuerdo a las guías de la European Society of Cardiology (2001). Se recogieron las variables clínicas, epidemiológicas, manejo en el SU y destino final, sin recomendaciones sobre su manejo.

Resultados. Se incluyeron 1428 pacientes (1,21% de las urgencias generales), edad 57 ± 22 años (50% < 62 años), 51% mujeres. Comorbilidad: hipertensión arterial 25%, cardiopatía estructural 16% (isquémica 62%, valvular 15%, hipertensiva 14%, miocardiopatías 8%), antecedentes de arritmias 11% (fibrilación auricular 67%, marcapasos 17%, bloqueo AV 5%, enfermedad nodo sinusal 3%, ventriculares 2%, taquicardias por reentrada 2%), enfermedad neurológica 12% (cerebrovascular 67%, epilepsia 13%, demencias 12%, síndromes parkinsonianos 10%). El 92% de los pacientes había presentado síncope previos (el 75% 2 episodios; al menos 1 en el último año en el 75%). Características clínicas: se encontraron desencadenantes en 52% (dolor 9%, ortostatismo 7%, calor/aglomeración 6%, emoción 5%, fármacos 5%, micción 3%, esfuerzo 3%, visión sangre 2%, defecación 1,5%, tos 1,4%, deglución 0,7%, hemorragia 0,8% y cambio postural 0,6%) y en el 60% existieron pródo-

mos (malestar/náusea/sudoración 50%, palpitaciones 3%, dolor torácico 2,3%, disnea 1,7%). Hallazgos exploratorios: confusión 5%, disminución nivel conciencia 0,4%, focalidad neurológica 3%, alteraciones auscultación cardíaca 4,3% y semiología de insuficiencia cardíaca 1,4%. El 95% de los pacientes se encontraba normotenso, con frecuencia cardíaca y respiratoria normal. Destino: alta 73%, observación 10% e ingreso 16% (cardiología 6,7%, M Interna 3,5%, Neurología 1,7%). De los pacientes dados de alta el 21% se remitió a policlínica (cardiología 12%, neurología 5,5%, M interna 1,5%). La existencia de cardiopatía estructural se asoció independiente y significativamente tanto al ingreso hospitalario (p = 0,001) como a la derivación a policlínica (p < 0,001).

Conclusiones. 1) El síncope presenta una prevalencia relevante en los SU, similar a la descrita en otros estudios realizados en los países de nuestro entorno. Engloba a pacientes más jóvenes que los implicados en otros campos de la patología cardiovascular, con escasa comorbilidad asociada e historia de episodios sincopales previos. 2) En la mayoría de los pacientes se recogen datos en la historia clínica (desencadenantes, pródromos) que permiten un correcto diagnóstico sindrómico. Estos pacientes suelen acudir con una exploración normal pero con datos suficientes para diferenciar el síncope de episodios no sincopales. 3) La existencia de cardiopatía estructural, de acuerdo a las recomendaciones de la literatura, es el dato clínico de mayor valor para el manejo de los pacientes con síncope, ya que se asocia a una mayor tasa de ingresos y de estudio en policlínica.

RV-030

DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO DE ICTUS ENTRE SUJETOS DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS

R. Oropesa Juanes¹, J. Ferrer García², J. López³, J. Pons Amate³, A. Romero³, J. Vicente i Mas¹, R. Benítez Bermejo¹ y A. Herrera Ballester¹

¹Medicina Interna, ²Unidad de Diabetes y Endocrinología, ³Neurología. Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivos. Estudiar si la diabetes y la hiperglucemia implican un peor pronóstico funcional en sujetos ingresados por ictus.

Material y métodos. Se incluyen consecutivamente 292 pacientes ingresados en la Unidad de Ictus de nuestro Centro. Se recogen de forma retrospectiva el antecedente de diabetes y de otros factores de riesgo vascular, la glucemia en el momento del ingreso y a las 24 horas. Para estudiar el pronóstico se analizan la puntuación en la escala de Rankin modificada y en la escala NIH, y el fallecimiento. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS versión 11.0.

Resultados. 133 sujetos (45.5%) presentaban diabetes o hiperglucemia en ayunas: 85 pacientes (29%) tenían diabetes conocida y 48 (16.5%) se diagnosticaron tras el ingreso. El pronóstico funcional al comparar las escalas de Rankin y NIH mostró mayor puntuación (peor pronóstico) en el grupo de pacientes diabéticos o con hiperglucemia de ayunas. Los fallecimientos también fueron más frecuentes en este grupo de pacientes (15 vs 4 en el grupo no diabético, p = 0,005) y los casos de muerte se relacionaron con una mayor glucemia tanto al ingreso como a las 24 horas (195.6 vs 136.1 mg/dl, p < 0,05; y 192.5 vs 135.1 mg/dl, p < 0,05; respectivamente).

Conclusiones. La diabetes y la hiperglucemia se relacionaron con un peor pronóstico del ictus, tanto en capacidad funcional como en riesgo de fallecimiento. En muchos casos la diabetes se diagnosticó como consecuencia del ingreso por ictus.

RV-031

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA ASINTOMÁTICA

E. Rovira Pujol¹, A. Epelde Azcue¹, C. Sanclemente Anso¹, D. Vigil Martín², D. Miramanda Martínez¹, A. Valiente Gómez¹, P. Ferràs Carceller¹ y J. Vilaró Pujals¹

¹Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona. ²Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Manlleu. Manlleu, Barcelona.

Objetivos. Detectar arteriopatía periférica asintomática (ARP) con la realización del índice tobillo- brazo (ITB) en pacientes con factores

de riesgo cardiovascular. Detectar pacientes con enfermedad arterial asintomática que implicaría cambiar la actitud terapéutica.

Material y métodos. Para la detección del ITB patológico se utiliza un manguito de presión arterial y un dispositivo doppler portátil de 5-10 mHz (Mini-Doppler ES-100X). Con el paciente en decúbito supino debe determinarse la presión arterial sistólica en la arteria humeral de ambos brazos tomándose para el posterior cálculo el valor más alto de los dos obtenidos. Posteriormente se medirá la presión arterial sistólica de la arteria peroneal y tibial posterior de cada pierna y se tomará como referencia para el cálculo del ITB individual de cada pierna el valor más alto. Se tendrá en cuenta el cociente tobillo brazo más bajo. Se considera que un paciente tiene arteriopatía periférica cuando el ITB es menor o igual a 0,9 o superior a 1,3. Para el estudio se realizó esta exploración a los pacientes ingresados durante el período de Enero a Junio de 2005 en la planta de Medicina Interna del Hospital General de Vic y que presentaban FRCV. El motivo de ingreso podía estar o no relacionado con las enfermedades cardiovasculares. El riesgo cardiovascular se calculó con la tabla SCORE adaptada para la población del sur de Europa para aquellos pacientes que no habían presentado ningún evento cardiovascular. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de centralización y dispersión estándar.

Resultados. Se realizó la determinación de ITB a 58 pacientes (77,6% hombres y 22,4% mujeres) con diferentes motivos de ingreso, todos ellos con factores de riesgo cardiovascular. HTA 45 (77%), DM 13 (22%), DL 42(80%), fumadores 30(62%). 26 (41%) presentaban síndrome metabólico. 46 (79,3%) de los pacientes estudiados presentaban enfermedades cardiovasculares previas; 36(62%) enfermedad cerebrovascular, 3(5%) cardiopatía isquémica, 3(5%) arteriopatía periférica. Se detectó ITB patológico en 24 pacientes (41%), de los cuales 2 eran muy patológicos (ITB menor de 0,4). 7 (29%) presentaban clínica de claudicación intermitente. Según el sexo la distribución era la siguiente: 44% de los varones y 15% de las mujeres (p 0,1) presentaban el ITB patológico. Según los FRCV se distribuían de la siguiente manera: el 36% de los hipertensos (p 0,2), 46% de los diabéticos, 45% de los dislipémicos y 56% de los que presentaban hábito tabáquico (p 0,04). 39% de los pacientes con enfermedad cardiovascular previa presentaban ITB patológico. De los evaluados 45 (77%) eran tributarios a prevención secundaria y 8(14%) de prevención primaria según la tabla de SCORE. De ellos 4 tenían riesgo bajo, 1 moderado y 3 alto.

Conclusiones. 1. El sexo masculino presenta una prevalencia mucho más importante de ITB patológico. 2. El tabaco es el único factor de riesgo cardiovascular claramente relacionado con la arteriopatía periférica. La hipertensión arterial muestra tendencia clara a la significación que probablemente se podría confirmar con una muestra mayor. 3. Los pacientes con ITB patológico presentan 2 o más factores de riesgo cardiovascular en un 83% de los casos. 4. Solamente un 29% presentaban clínica de claudicación intermitente previa. Motivo por el cual creemos que es muy importante el screening para su detección precoz. 5. Se ha detectado un 44% de pacientes con síndrome metabólico asociado, aunque no se ha detectado una relación significativa con la arteriopatía. 6. En pacientes con factores de riesgo cardiovascular (HTA, tabaquismo) sexo masculino deberíamos realizar de forma sistemática el ITB para detectar ARP asintomática.

RV-032 INFLUENCIA DEL GENOTIPO E4 DEL GEN DE LA APOLIPOPROTEÍNA E SOBRE EL FENOTIPO METABÓLICO DE MUJERES HIPERTENSAS MENOPÁUSICAS DE RECIENTE COMIENZO

J. García Morillo, V. Alfaro Lara, L. Nieto, E. Panies Andreu, P. Stiefel García-Junco, M. Miranda Guisado, J. Villar Ortiz y J. Carneado de la Fuente
Unidad Clínico-Experimental de Riesgo Vasclar. UCAMI.
H.G.U. Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos. El hiperinsulinismo y la resistencia a la insulina, así como todas las características fenotípicas del síndrome metabólico, pueden ser el nexo de unión entre la presencia del alelo e4 de la apo-E y un mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Además de un perfil lipídico desfavorable, este polimorfismo podría condicionar alteraciones precoces del metabolismo hidrocarbonado

en mujeres menopausicas hipertensas. Nos propusimos analizar la presencia del genotipo E4 en mujeres hipertensas perimenopausicas y ver su influencia sobre cada uno de los componentes del síndrome metabólico (SMB).

Material y métodos. Se estudiaron 32 mujeres hipertensas perimenopausicas, todas mayores de 50 años, de una cohorte total de 111 hipertensas grado I y II del JNC-VII, etiquetadas de esenciales tras un minucioso estudio clínico y biológico, sin evidencia de daño en órgano diana. Todos los sujetos se clasificaron en 2 grupos en función de la presencia o no de criterios de SMB según la clasificación del NCEP-ATP III. Se realizó un perfil lipídico completo, una sobrecarga oral de glucosa (75 gr) y se hicieron determinaciones de glucosa e insulina a los 0, 60 y 120 minutos. Se calculó el índice HOMA en todas las pacientes según la fórmula matemática de Matthews et al. El polimorfismo de la apo-E fue genotipado por PCR mediante amplificación y digestión usando la enzima de restricción CfoI según el método de Wenham. Para el estudio estadístico se utilizó el programa informático SSPS.13 y el nivel de significación utilizado para encontrar diferencias fue $p < 0,05$.

Resultados. Se encontraron 13 mujeres menopausicas hipertensas (40,6%) que cumplían criterios de SMB. Para igualdad de IMC entre los grupos, no se encontraron diferencias en los niveles de presión arterial sistólica, diastólica, colesterol total, LDL-colesterol, apo-B, Lp(a) y ácido úrico. Las hipertensas menopausicas con SMB presentaban mayores concentraciones plasmáticas de triglicéridos [78(29,5) versus 190,5(171), $p = 0,008$] y menores concentraciones de HDL-col [38,77(6,7) vs 67,53 (14,2), $p < 0,0001$] y apo A1 [104,92(12,8) vs 143,2 (19,7), $p < 0,00001$]. Respecto al metabolismo hidrocarbonado, se caracterizan por un mayor grado de hiperinsulinismo expresado por mayores niveles de insulina basal y a los 120 minutos y por tanto con índices aterogénicos [2,11(3,3) vs 3,37(1,17), $p = 0,01$] y HOMA más elevados [1,69(0,8) vs 3,66(2,4), $p = 0,005$]. Respecto al polimorfismo de la apo-E, el alelo e4 se relacionaba más con las condiciones fenotípicas del SMB, dando lugar a mayores niveles de triglicéridos, glucosa e insulina basal y menores niveles de HDL-col y apo A1. El índice HOMA fue superior entre las portadoras del alelo e4 respecto a las hipertensas menopausicas portadoras del alelo e2/e3 [e2/e3/e4:2,35(1,2) vs 2,19(1,13) vs 4,91(5,12); $p < 0,001$].

Conclusiones. La prevalencia del SMB en hipertensas menopausicas es elevada, sobre todo con una mayor expresión de hipertriglicéridemia y niveles bajos de HDL-colesterol. En este subgrupo de pacientes hipertensas, el genotipo E4 se relaciona con mayor grado de hiperinsulinismo medido por los niveles de insulina basal e índice HOMA.

RV-033 PREVALENCIA DE FACTORES MAYORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

C. Ibero Esparza, V. Moreno Cuerda, R. Rubio García, R. Costa Pérez Herrero, P. Pardo y E. Regidor
Unidad Infección VIH. Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El objetivo principal es estudiar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), especialmente entre aquellos que están recibiendo tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Asimismo se pretende valorar si el actual control lipídico en la muestra seleccionada es el adecuado sobre la base de los parámetros del National Cholesterol Education Program (NCEP). **Material y métodos.** Estudio observacional, transversal y unicéntrico en el que se incluyeron aquellos pacientes mayores de 18 años con infección por VIH documentada que acudieron a la consulta de forma programada de la Unidad de Infección por VIH durante el mes de febrero de 2005 en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Resultados. Se obtuvo un tamaño muestral de 110 pacientes. Se obtuvo una prevalencia del 69,18% para fumadores activos, 21,82% eran hipertensos, 3,64% diabetes mellitus, 24,55% de hipercolesterolemia LDL y 62,73% con hipertriglicéridemia. Se observó enfermedad cardiovascular previa en el 2,7%. De los 27 pacientes con hipercolesterolemia LDL se realizó algún tipo de

intervención en 19 pacientes. Se consiguió el objetivo marcado de colesterol en el 48,15%(13/27). Una mayor proporción de pacientes con hipercolesterolemia LDL recibía TARGA en el momento de realizar el corte transversal comparado con aquellos que no presentan hipercolesterolemia LDL (92,59% vs/1,08%; p = 0,021). La prevalencia de síndrome metabólico en los pacientes de la muestra con hipercolesterolemia LDL es 44,44% (12/27) en comparación con la del total de la muestra 22,73% (p = 0,041).

Discusión. Se objetiva una prevalencia alta de los FRCV, considerablemente mayor que la de otros estudios epidemiológicos como el DAD, en parte condicionada por las características diferentes de nuestra muestra y una inclusión discretamente más rigurosa de los FRCV. Aun así solo se observó ECV previa en el 2,7% de los sujetos. Con la certeza de que el consumo de tabaco es la principal causa aislada de morbimortalidad prevenible en los países desarrollados, es probable que sea aquí donde una interrupción del hábito pese a la complejidad inherente en nuestra población, obtenga una mayor reducción de morbimortalidad. La no consecución de los objetivos para hipercolesterolemia LDL pueden estar en relación con la falta de hábitos de vida saludables y la limitación para el empleo de fármacos hipolipemiantes más potentes.

Conclusiones. La muestra estudiada presenta una alta prevalencia de FRCV. El 51,85% de los pacientes con hipercolesterolemia LDL no cumplen el objetivo de colesterol LDL marcado por la AT-III.

La inmunodeficiencia humana.

| Factores de riesgo | Prevalencia |
|--|-----------------|
| HTA | 24/110 (21,82%) |
| Tabaquismo activo | 75/110 (69,18%) |
| Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica | 10/110 (9,1%) |
| Edad | |
| Varón > 45 años | 19/78 (24,36%) |
| Mujer > 55 años | 2/32 (6,25%) |
| Colesterol HDL > 40 mg/dl | 35/110 (31,82%) |

**RV-034
PREVALENCIA EN EL ÁREA DE LEÓN DE LOS ABSCESOS CEREBRALES**

M. Bajo Franco¹, J. López Caleya¹, I. de la Iglesia Fanjul¹, S. Pérez Andrada¹, M. Sierra Ausín², M. Vázquez del Campo¹ y M. Liñán Alonso¹

¹Medicina Interna, ²Digestivo. Hospital de León. León.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas, prevalencia, factores predisponentes, microbiología, neuroimagen, y evolución de los abscesos cerebrales en el área de León, en los últimos 10 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con supuraciones cerebrales tratados en el hospital de León entre el 1 de Noviembre de 1994 y el 30 de octubre del 2004 se revisaron las historias quirúrgicas y posteriormente las historias clínicas del servicio de Neurocirugía del hospital de León.

Resultados. Durante estos 10 años se realizaron un total de 2562 procedimientos quirúrgicos tanto urgentes como programados, se operaron: 816 tumores, 132 aneurismas, 45 supuraciones cerebrales. TAC: 32 lesiones únicas: 16 en el lóbulo frontal, 6 parietal, 3 en cerebelo, 3 en temporal 4 en occipital, 13 lesiones múltiples. 34 pacientes en estadio de abscesos, 7 en abscesos, cerebritis y empiema, 4 pacientes en empiema. SEXO: 32 varones (71,1%), 13 mujeres (28,9%). EDAD: Tres meses el más joven y 81 años el más mayor. 8 pacientes con edades comprendidas entre las dos primeras décadas: 17,7%. 6 pacientes entre la 3ª y 4ª década: 13,3%. 20 pacientes entre 41 y 60 años: 44,4% siendo el grupo más numerosos. 11 pacientes mayores de 61 años: 24,4% FACTORES PATOGENÉTICOS: 12 pacientes: post-cirugía craneal (26,6%) del total de las supuraciones cerebrales y el 0,46% de todas las cirugías craneales realizadas durante 10 años en nuestro hospital. 10 pacientes : foco séptico parameningeo: (22,2%). 7 pacientes: TCE

grave (15,6%). 6 pacientes: embolígenos (13,4%). 10 pacientes otros factores (etismo inmunosupresión): 22,2%. **PRESENTACIÓN CLÍNICA:** -7 casos ictal. -19 casos historia menor de 7 días. -12 casos clínica superior a 7 días. 7 casos : no valorable **MICROBIOLOGÍA:** En 17 casos no hubo crecimiento bacteriano (37,7%). En 28 pacientes (62,3%) fue positivo: Streptococos en 6 pacientes, Gram- en 5 pacientes, estafilococos en 3 pacientes, flora mixta en 5 pacientes, 3 anaerobios, 3 aspergillus, 3 nocardias. El tratamiento más empleado fue trepanación + aspiración + antibioterapia. **EVOLUCIÓN:** -33 pacientes buena evolución (73,3%). 12 pacientes mala evolución (16,7%). 11 éxitos y 1 estado vegetativo. 8 fallecidos por causa directa de la infección, 2 progresión tumoral, 1 coma profundo desde el ingreso (ruptura de aneurisma cerebral).

Discusión. Las infecciones piógenas del sistema nervioso cerebral se originan por : Propagación hematógena y extensión desde estructuras adyacentes el encéfalo. En los últimos 10 años se ha producido una reducción de la morbi-mortalidad como resultado del diagnóstico precoz, por la aparición del TAC y la RM así como la mejora del aislamiento microbiológico que permite una mayor eficacia antibiótica. La incidencia depende de factores geográficos, algunos sugieren que esta en aumento por los pacientes inmunodeprimidos. El perfil bacteriológico a cambiado en los últimos 50 años, la incidencia del *S. aureus* era muy alta y las enterobacterias gram- muy baja, en la actualidad ocurre lo inverso, junto con los anaerobios. La clínica depende del tamaño, edema, localización, multiplicidad de las lesiones, virulencia de los gérmenes y respuesta del huesped. Los antibióticos han sido el factor más importante para la reducción de la morbi-mortalidad, el papel de la cirugía es controvertido son tres los más empleados: Aspiración, aspiración+drenaje, y extirpación completa esta última quizá deba restringirse a las infecciones crónicas con membranas gruesas.

Conclusiones. El 1,5 de las intervenciones quirúrgicas en el área de León en los últimos 10 años fueron abscesos cerebrales. Ante una masa en el scanner en nuestro área , tiene una probabilidad de 20/1 de ser un tumor frente a un absceso. Dos tercios de los casos son más frecuentes en varones, la edad de presentación más frecuente entre los 40-60 años, en el 48,8% el factor patogénico fue postquirúrgico y foco séptico parameningeo, la clínica ocurre en menos de 7 días en el 42,2%, la mayoría de las veces la lesión es única sobre todo frontal. El cultivo es positivo (streptococo y gram -) en el 62,3% y en más del 70% buena evolución.

**RV-035
EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS, MEDIANTE FLUJIMETRÍA DÓPLER LÁSER**

F. Lozano Gutiérrez, M. Beltrán Robles, M. González Benitez, R. Fernández Parrilla, J. Rivera Cívico y A. Grilo Reina

Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Medicina Interna. Virgen de Valme. Sevilla.

Objetivos. 1) Evaluar la función endotelial en pacientes hipertensos, usando el test de hiperemia postisquémica y medición por flujimetría Doppler láser. 2) Valorar la reproducibilidad del test. 3) Valorar la seguridad del test y presencia o no de complicaciones.

Material y métodos. Criterios de inclusión: Pacientes hipertensos - Aceptar formar parte del estudio Criterios de exclusión: -Anemia severa - Arteriopatía periférica severa. Método: A todos los pacientes se les midió la microcirculación cutánea en el antebrazo derecho mediante flujimetría Doppler Láser, en estado basal. La medición se cuantificó en Unidades de perfusión, unidad esta, que es el resultado del producto de la concentración de hematies por su velocidad. Estos datos se obtuvieron con el flujímetro de Perimed 2000, que contiene un emisor laser que es reflejado y recogido por 2 receptores. Posteriormente se sometía a isquemia el antebrazo derecho inflando un manguito de presión 50 mm HG por encima de la presión Arterial Sistólica. Tras 4 minutos de isquemia, se desinflaba rápidamente el manguito y volvía a medirse la microcirculación cutánea durante 45 segundos. Se anotaron los valores máximos de flujo postisquemia, el área bajo la curva postisquémica y la velocidad en alcanzar el punto máximo de flujo. Esta prueba se repitió en días diferentes para comprobar la reproducibilidad de la prueba.

Resultados. La microcirculación cutánea basal en los enfermos osciló entre 10 y 20 unidades de perfusión (UP). El pico máximo de flujo, área bajo la curva de hiperemia postisquémica y velocidad de subida de flujo, fue muy variable. Se eligieron 5 controles al azar, para repetir la prueba. Al repetir la prueba en cada paciente, la variabilidad de los parámetros fue menor del 10 por ciento. La prueba fue tolerada sin ningún efecto adverso registrado, en ninguno de los pacientes. La única molestia registrada fue la aparición de parestias en mano derecha durante la isquemia, que ocurrió en la mayoría de los pacientes.

Discusión. La hiperemia reactiva postisquémica en la piel, ha sido aceptada por la sociedad europea de cardiología como prueba no invasiva con buena correlación con otras técnicas para medir la disfunción endotelial. Esta técnica incruenta, podría ser un instrumento valioso en las consultas de HTA, para identificar a los sujetos con mayor riesgo vascular.

Conclusiones. 1) La función endotelial puede valorarse en los pacientes hipertensos, mediante flujimetría Doppler láser, usando la técnica de hiperemia reactiva postisquémica en la piel. 2) Esta técnica es segura y reproducible. Flujimetría Doppler Láser.

RV-036

CONTROL INTEGRAL DE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN ESPAÑA. ESTUDIO CIFARC, SUBESTUDIO ICTUS

F. Cabadés O'Callaghan¹, M. Camafort Babkowski², M. Arnal Babiloni¹, A. Velasco Álvarez³, P. Comas Casanova⁴, A. Luis Martínez⁵ y Grupo Estudio CIFARC

¹Medicina Interna. Hospital Comarcal de Vinarós. Vinarós, Castellón. ²Medicina Interna. Hospital Comarcal Móra d'Ebre. Móra d'Ebre, Tarragona. ³Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias. ⁴Medicina Interna. Hospital de Figueres. Figueres, Girona. ⁵Medicina Interna. Hospital de León. León.

Objetivos. Determinar el porcentaje de pacientes con enfermedad vascular cerebral que tienen controlados de forma global todos sus factores de riesgo mayores: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, tabaco y obesidad.

Material y métodos. Estudio transversal sobre pacientes ambulatorios de medicina interna, mayores de 18 años y con enfermedad vascular cerebral (ictus trombotico, ictus hemorrágico, accidente isquémico transitorio). Se evaluó el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad, tabaquismo y obesidad) según las definiciones de control de la Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de Hipertensión, Joint National Committee VI, National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III y American Diabetes Association. El análisis de la asociación entre las variables estudiadas y la probabilidad de control integral se ha realizado mediante modelos de regresión logística a partir de las variables que presentaban una asociación significativa en el estudio bivariado.

Resultados. Se estudió a 526 pacientes (el 61,4% eran varones), con una edad media (desviación estándar) de 69,5 (10,1) años. El 84,5% eran hipertensos, el 50,0% dislipémicos, el 47,6% diabéticos, el 33,9% obesos y el 16,4% fumadores. El control de la hipertensión arterial fue del 53,8%, el de la dislipemia del 46,4%, el de la diabetes mellitus del 73,8%, el del tabaquismo del 74,0% y el de la obesidad del 66,1%. El control de todos los factores de riesgo de forma global fue del 11,6% (y del 17% si se excluye la obesidad). Los factores relacionados de forma independiente con un mal control integral fueron la diabetes mellitus (odds ratio [OR] = 0,38; intervalo de confianza [IC] = del 95%, 0,21-0,66), la existencia de proteinuria (OR = 0,20; IC del 95%, 0,05-0,87) y el tabaquismo (OR = 0,05; IC del 95%, 0,007-0,36). No se observó ningún factor relacionado de forma independiente con un buen control integral.

Conclusiones. Solamente el 11,6% de los pacientes con enfermedad vascular cerebral tienen controlados los 5 principales factores de riesgo mayores. La existencia de diabetes mellitus, proteinuria y el tabaquismo predisponen a un mal control integral de dichos factores.

RV-037

VALORACIÓN DE OLMESARTÁN EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL MEDIANTE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE 24 HORAS

F. Jaén Águila, J. Mediavilla García, C. García García N. Navarrete Navarrete, P. Macías Mir, F. Jarilla Fernández, M. Zamora Pasadas y C. Hidalgo Tenorio

Medicina Interna. Unidad de Hipertensión y Lípidos. Hospital Universitario Virgen Nieves. Granada.

Objetivos. La monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas (MAPA) nos permite evaluar la eficacia de los fármacos antihipertensivos sin precisar un número amplio de pacientes. El objetivo de este estudio fue valorar la eficacia de Olmesartán (un antagonista de receptores AT1 de la angiotensina) en dosis de 20 y 40 mg en pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) leve o moderada de reciente diagnóstico no tratada.

Material y métodos. Se incluyeron 42 pacientes con HTA leve-moderada, no tratados. A todos ellos se realizó estudio básico protocolizado de HTA. A todos ellos se realizó toma de presión arterial clínica (PAC) y con MAPA. A los pacientes con diagnóstico de HTA por MAPA se inicio tratamiento con Olmesartán 20 o 40 mg según cifras de PA. Se realizó nuevo control de PA clínico a las 8 semanas de tratamiento. A los pacientes no controlados y que tomaban 20 mg se les aumentaba a 40 mg de olmesartán. A todos los pacientes se les realizó MAPA a la 16 semanas.

Resultados. La edad media fue 46,95 ± 10,47 años. (57,1% mujeres). La PA media basal clínica fue 151,57 ± 14,98/ 95,19 ± 8,95 mm Hg y la PA media diurna basal fue 141,70 ± 9,65/ 90,65 ± 7,29 mmHg. Al final del estudio la PA se redujo en 23/9,7 mmHg (p < 0,0001). De igualmente se obtuvo una reducción significativa (p < 0,0001) en PA de 24 horas, diurna y nocturna. No hubo diferencias significativas en la frecuencia cardiaca. El porcentaje de respuesta para PA sistólica fue mayor que para la PA diastólica, tanto en clínica como en MAPA. El 81,8% de los pacientes presentó una PA clínica menor de 140/90, El 66,7% de los pacientes presentó una PA diurna < 135/85 mmHg.

Conclusiones. Olmesartán reduce de manera significativa la PA tanto clínica como medida por MAPA, de manera segura y eficaz. El control de la PA en esta serie es mayor para la sistólica que para la diastólica.

RV-038

SÍNDROME METABÓLICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. González Igual¹, N. Perallón Solans², C. Herrero Alonso² y M. López Hernández²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca.

Objetivos. La prevalencia del SM en población adulta es de aproximadamente el 25-30%. Hemos realizado un estudio en nuestro Servicio para valorar la prevalencia de SM, describir el perfil clínico de estos pacientes y calcular el riesgo cardiovascular.

Material y métodos. Se analizaron todos los pacientes ingresados por cualquier motivo (a excepción de pacientes oncológicos y patología muy grave que impidiera recoger los datos del estudio) y que cumplieran criterios diagnósticos de SM según el NCEP-ATP III (1), durante un período de 50 días. Los datos analizados han sido los siguientes: edad, sexo, talla, peso, obesidad con índice de masa corporal (IMC), riesgo cardiovascular según las tablas publicadas en NCEP-ATP III basadas en el estudio de Framingham (1), analítica con glucosa y perfil lipídico en el momento del ingreso o en los 6 meses previos, perímetro abdominal, cifras de TA, ECG para valorar signos de hipertrofia ventricular izda (HVI) según criterios de Cornell, microalbuminuria, insuficiencia renal, antecedentes de patología cardiovascular, tabaquismo, sedentarismo, antecedentes previos de Diabetes Mellitus, Dislipemia y HTA, así como el tratamiento de los mismos y la etiología que motivó el ingreso siempre que fueran de origen cardiovascular.

Resultados. Durante este tiempo se analizaron 174 pacientes, de los cuales 81 (46,5%) cumplen criterios de SM, con una distribución por sexos de 46 hombres (56,7%) y 35 mujeres (43,3%). La edad media es de 74 años (72,8 en hombres, 75,6 en mujeres). Presen-

tan un diagnóstico previo de Diabetes Mellitus el 43.2%, HTA el 67.9% y Dislipemia el 27%. La patología cardiovascular en los antecedentes esta compuesta por Insuficiencia cardíaca crónica (37%), Fibrilación auricular (32%), Insuficiencia renal (21%), Cardiopatía isquémica (13.5%), ACVA (11%). El 49,3% presenta signos de HVI en el ECG y se constata la realización de microalbuminuria en el 28% de los pacientes, de los cuales es positiva en el 43%. Los motivos de ingreso cardiovasculares principales han sido la Insuficiencia cardíaca crónica (20%) seguido del ACVA (16%) y a más distancia la Fibrilación Auricular (6%) y la Cardiopatía isquémica (3%). El 68% presenta sobrepeso (IMC 25-30 Kg/m²), 21% obesidad (IMC 30-40 Kg/m²) y solo en el 8.6% es adecuado el peso. El riesgo cardiovascular calculado a 5 y 10 años ha sido de alto riesgo en el 71%, moderadamente alto 21% y moderado en 8%. El 94% no son fumadores o han abandonado el hábito tabáquico hace más de 1 año. El 74% lleva una vida sedentaria y el 26% restante realiza ejercicio equivalente al menos a caminar 30 minutos diariamente. Los fármacos que los pacientes toman al ingreso son fundamentalmente: diuréticos 42%, ARAII 30%, antiagregantes 20%, estatinas 20%, IECAS 17%, digitálicos 17%, nitritos 13.5%, calcioantagonistas 1.3%, betabloqueantes 7.4.

Discusión. Se observa una elevada prevalencia de SM en nuestros pacientes que puede explicarse por el alto% de pacientes diagnosticados previamente de Diabetes Mellitus y HTA. También se aprecia una alta incidencia de sedentarismo. Sin embargo el hábito tabáquico es muy bajo (6%). Los pacientes con peso adecuado son solo el 8%. Se aprecian elevadas cifras de pacientes con alto riesgo vascular y escasas solicitudes de microalbuminuria en hipertensos. Un dato destacable es la alta presencia de HVI de casi un 50%, dado que es uno de los factores más importantes de cara a valorar el riesgo cardiovascular. La C. isquémica como motivo de ingreso es muy baja (en nuestro hospital no se trata la CI aguda por debajo de determinada edad y condiciones del paciente).

Conclusiones. 1. Mayor prevalencia de SM en nuestro estudio, probablemente por la alta cantidad de diabéticos e hipertensos. 2. Elevada presencia de HVI como factor de riesgo vascular. 3. Se constata el SM como una enfermedad de alto riesgo cardiovascular a los 5 y 10 años. (1) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults JAMA 2001;285: 2486-2497.

RV-039 HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA Y FEOCROMOCITOMA

P. Villares Fernández¹, L. Ferrer², M. Carreño Hernández¹, C. Masa Vázquez¹ y J. Martínez López de Letona¹

¹Medicina Interna, ²Medicina de Familia. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Insistir en la importancia de realizar estudios dirigidos a descartar un feocromocitoma ante hipertensión arterial refractaria y en todos aquellos pacientes con cefalea, palpitations, diaforesis y/o crisis hipertensivas.

Material y métodos. La muestra de pacientes es de tres casos seleccionados mediante revisión de historia clínica. Pertenecen al grupo de pacientes remitidos a consulta de medicina Interna por hipertensión arterial refractaria.

Resultados. Caso 1: Mujer de 40 años con HTA de 4 años de evolución, con cefalea opresiva ocasional, hipotensión ortostática y episodios frecuentes de palpitations. Había acudido a urgencias por crisis hipertensivas con palpitations. La tensión arterial era refractaria a pesar de tratamiento con diuréticos, betabloqueantes e IECAs. Desde la consulta solicitamos estudio de causas de hipertensión arterial secundaria. Presentó cifras normales de catecolaminas en orina y metanefrinas libres en plasma. Ante sospecha de feocromocitoma solicitamos TC abdominal, en el que se apreciaba masa suprarrenal derecha. Caso 2: mujer de 44 años con crisis repetidas de palpitations y sudores intensos desde hacia 6 años. En los últimos 3 presentaba cifras elevadas de tensión arterial que no se controlaron con tratamiento con IECA, diurético y calcioantagonista. En el estudio realizado presentó elevación de catecolaminas y metanefrinas en orina. Mediante escintigrafía con metaiodobencilguanidi-

na y TC se localizó masa suprarrenal derecha. Caso 3: varón de 53 años con hipertensión arterial de 5 años de evolución. Diagnosticado de síndrome ansioso por frecuentes episodios de palpitations y nerviosismo. Refería cefaleas opresivas coincidiendo con elevadas cifras de tensión arterial. En el estudio realizado se objetivó elevación de catecolaminas y ácido manililmandélico en orina. Mediante TC abdominal se objetivó masa suprarrenal izquierda.

Discusión. En el 90% de los casos de hipertensión arterial la causa es desconocida (hipertensión arterial esencial), con una fuerte influencia hereditaria. El 10% restante tiene una causa directamente responsable (hipertensión arterial secundaria). Se estima que el 0,1% de los hipertensos presenta feocromocitoma. El feocromocitoma es un tumor de células cromafines del sistema nervioso simpático, el 85% se localizan en la médula adrenal y el 15% restante en sistema simpático extra-adrenal (paragangliomas). El 10% son bilaterales. El 10% malignizan. El 80% son esporádicos, los demás pueden encontrarse asociados a distintas enfermedades como los síndromes neuroectodérmicos familiares. Los síntomas más frecuentes son cefalea opresiva, sudores, palpitations e hipertensión arterial. Ésta puede ser paroxística. Con frecuencia su diagnóstico es tardío y no es raro que estos pacientes sean diagnosticados previamente de trastorno de ansiedad. El diagnóstico se establece mediante la confirmación bioquímica de elevación de cifras de catecolaminas plasmáticas y urinarias, y/o de sus metabolitos. En la mayoría de los pacientes la localización anatómica se establece mediante TC abdominal y/o RM, escintigrafía con metaiodobencilguanidina o PET. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del tumor tras la adecuada preparación del paciente para evitar crisis hipertensivas perioperatorias. En aquellos casos con contraindicación quirúrgica o con metástasis se emplean bloqueantes alfa y beta y metil meta tiro-sina.

Conclusiones. El feocromocitoma asocia notable morbimortalidad, siendo por ello importante su diagnóstico y tratamiento. Debe ser obligada su sospecha en pacientes con cefalea, palpitations y/o diaforesis; HTA maligna, HTA grave con hipotensión ortostática, HTA sin respuesta tras un año de tratamiento y/o con respuesta paradójica a betabloqueantes; HTA con la inducción anestésica, masa suprarrenal o historia familiar de enfermedades neuroectodérmicas.

RV-040 PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS CARDIOVASCULARES AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA): TENDENCIAS TEMPORALES 1994-2004. ESTUDIO PRESENA

S. Tranche¹, J. Mostaza², B. Monteiro³, M. Sánchez Zamorano³, M. Taboada⁴, B. Soler⁵, T. Mantilla⁶ y G. PRESENA

¹Centro de Salud. El Cristo. Oviedo, Asturias. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid. ³Departamento Médico. BMS. Madrid. ⁴CS. Fuencarral. Madrid. ⁵CRO. E-C-BIO, S.L. Las Rozas, Madrid. ⁶CS. Mar Báltico. Madrid.

Objetivos. Evaluar los cambios en la prescripción de fármacos cardiovasculares al alta hospitalaria observados durante los últimos diez años en sujetos que han presentado un SCA.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal, realizado en atención primaria. Se revisaron los informes de alta de pacientes que habían tenido un SCA entre 6 meses y 10 años antes de su inclusión.

Resultados. Fueron evaluados 8817 pacientes. Se apreció un incremento progresivo en la prescripción al alta hospitalaria de hipolipemiantes (superior izquierda), beta bloqueantes (superior centro), fármacos bloqueadores del sistema renina-angiotensina (inferior izquierda) (p < 0,0001 para cada uno), nitratos (inferior centro) y antiagregantes (inferior derecha) (p < 0,05 para cada uno). Hubo una reducción progresiva en la administración de calcioantagonistas (superior derecha) (p < 0,0001).

Conclusiones. Durante los últimos años ha habido una modificación significativa en la prescripción al alta hospitalaria de fármacos cardiovasculares que, a excepción de los nitratos, sigue una dirección acorde a la evidencia científica generada.

RV-042**ESTUDIO DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CON SÍNDROME METABÓLICO****L. Martín González, T. Fernández Amago y C. Pérez de Oteyza***Medicina Interna. Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Principal: Estudio de control de calidad sobre la población que cumplía criterios de síndrome metabólico (SM) entre los que ingresaban en un servicio de Medicina Interna. Secundarios: Conocer la prevalencia del SM en nuestro servicio, las características de esta muestra y estudiar si existía asociación entre síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular (ECV).

Material y métodos. Estudio transversal y analítico de una muestra de pacientes de la población del área 1 de salud de Madrid perteneciente al Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en Medicina Interna entre los meses de noviembre de 2003 y junio de 2004. Criterios de exclusión: reingresos, traslados y éxitus en las primeras horas del ingreso. A todos los pacientes se les realizó anamnesis completa, exploración física, determinación de perímetro abdominal, tensión arterial, triglicéridos, c-HDL, c-LDL, glucemia y antecedentes de enfermedades cardiovasculares, entre otras variables. Se revisaron las prescripciones médicas a partir de los informes de alta de los pacientes que cumplían criterios de SM. Se realizó estudio descriptivo de las variables con determinación de frecuencias, medias y desviación típica mediante el programa estadístico SPSS 12.0.

Resultados. De los 241 pacientes estudiados, la prevalencia de SM fue del 40,2% con una edad media de 76,97 años (DE = 10,86), afectando mayoritariamente al sexo femenino (59%) (p = 0,024). El 28% de los pacientes con SM tenían antecedentes de cardiopatía isquémica, el 21% de enfermedad arterial periférica y de ictus el 19%. Sin embargo solamente obtuvimos significación estadística para antecedentes de enfermedad coronaria y SM (p = 0,011). Se observó una mayor frecuencia de fibrilación auricular en la población con obesidad abdominal y SM (41%) que en la no obesa (22%). Solamente en 1 de los 88 informes de alta de pacientes con SM venía reseñado el diagnóstico de SM como parte del juicio clínico. En cuanto a las prescripciones médicas en el momento del alta realizadas a los pacientes con criterios de SM: menos de la mitad recibieron recomendaciones higiénico-dietéticas (45%), terapia con IECAS (48%), antiagregación (29%), estatinas (26%) e hipoglucemiantes (40%).

Discusión. El síndrome metabólico se caracteriza por la presencia de tres o más de las siguientes condiciones: obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, bajos niveles de colesterol HDL, hipertensión arterial e hiperglucemia. A pesar de la importancia pronóstica que conlleva la detección precoz de pacientes con SM, todavía la mayoría de los clínicos no identifican a este colectivo como una entidad clínica principal sobre la que actuar para prevenir eventos cardiovasculares. Del mismo modo la mayoría de los médicos no realizan un abordaje terapéutico adecuado sobre estos pacientes: insuficientes recomendaciones higiénico-dietéticas, escasa prescripción de IECAS, hipolipemiantes y antiagregación.

Conclusiones. La prevalencia del síndrome metabólico en nuestra estudio es más elevada que en la población general y afecta más al sexo femenino. Existe asociación entre historia de cardiopatía isquémica y presencia de SM. Todavía no se realiza una identificación precoz de los pacientes afectos de SM así como un manejo terapéutico adecuado de los mismos en cuanto a la prevención de ECV.

RV-043**ESTUDIO COMPARATIVO DEL RIESGO CORONARIO ENTRE LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO ASOCIADO O NO A DIABETES****M. Fernández Amago¹, L. Martín González¹ y C. Pérez de Oteyza²**¹Medicina Interna II, ²Medicina Interna D. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Comparar el riesgo coronario en los pacientes que presentan Síndrome Metabólico asociado a Diabetes tipo 2 y en aquellos no diabéticos.

Material y métodos. Estudio transversal de prevalencia sobre una población de 408 pacientes ingresados en Medicina Interna por cualquier motivo, recogiendo variables cualitativas y cuantitativas. Para diagnosticar el Síndrome Metabólico, según la definición de la Nacional Cholesterol Education Program (NCEP), se requirió la presencia de al menos tres de los siguientes cinco criterios: Glucosa en ayunas > ó = 110 mg/dl, tensión arterial > ó = 130/85 mmHg, perímetro abdominal mayor de 85 cm en mujeres o 102 cm en varones, HDL colesterol menor de 50mg/dl en mujeres o < de 40mg/dl en el caso de los varones y triglicéridos en plasma > ó = 150 mg/dl. Para el cálculo del riesgo coronario se utilizó las tablas de Framingham modificadas por D'Agostino en 2000 para prevención primaria y secundaria.

Resultados. La prevalencia del Síndrome Metabólico(SM) fue de un 38,9%(124/319). De los 124 pacientes con Síndrome metabólico un 60,5% eran mujeres. La prevalencia del SM en las mujeres fue de un 48,3%(75/152) y en los varones de un 29,8%(49/167) (p < 0,001). El riesgo coronario medio en los pacientes con SM fue de 6,6% y en los que no presentaban SM de un 4,32% (p < 0,001). El riesgo coronario medio en los pacientes con SM diabéticos fue de un 8,3% y en los no diabéticos de un 3,8% (p < 0,001). Se encontró asociación estadística significativa entre los antecedentes de ictus y de cardiopatía isquémica y la presencia de SM.

Discusión. Los resultados de nuestro estudio apoyan la importancia del diagnóstico de Síndrome Metabólico en relación con el aumento del riesgo coronario que presentan estos pacientes, ya que el riesgo cardiovascular en los pacientes que presentan el Síndrome Metabólico al completo es mayor que el de aquellos que presentan solamente alguno de sus componentes. Los pacientes con Síndrome Metabólico tienen de por sí más riesgo que aquellos que no lo tienen, pero cuando cumplen entre sus componentes el criterio de diabetes o hiperglucemia, el riesgo coronario es mucho mayor que el de aquellos pacientes con Síndrome Metabólico pero sin diabetes.

Conclusiones. Los pacientes con Síndrome Metabólico que cumplen entre sus criterios el de diabetes tienen un riesgo coronario mayor que el de aquellos con Síndrome Metabólico sin diabetes, siendo más del doble. La prevalencia del Síndrome Metabólico en nuestra muestra es mayor en las mujeres que en los varones. Existe asociación significativa entre el Síndrome Metabólico y los antecedentes de cardiopatía y de ictus.

RV-044**PREVALENCIA DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN UNA POBLACIÓN DE HIPERTENSOS. ESTRATIFICACIÓN SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL****M. Beltrán Robles, F. Lozano Gutiérrez, M. González Benítez, R. Fernández Parrila, J. Rivera Cívico y A. Grilo Reina***Unidad de HTA. Medicina Interna. Virgen de Valme. Sevilla.*

Objetivos. 1. Conocer la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en la Unidad de HTA del Hospital Virgen de Valme 2. Estudiar la prevalencia de HVI en pacientes hipertensos con normopeso, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida.

Material y métodos. Criterios de inclusión: -Enfermos con hipertensión diagnosticada, en seguimiento por la Unidad de HTA del Hospital Universitario Virgen de Valme. -Adherencia al seguimiento en consultas externas Criterios de exclusión: Miocardiopatía hipertrófica Mala adherencia al seguimiento en consultas externas. Método: A todos los enfermos se les pesó y talló, con el mismo aparato. El perímetro de la cintura se obtuvo mediante medición con metro, con el abdomen al descubierto, sin ropa. A todos los enfermos se les realizó ecocardiografía transtorácica. El grosor del tabique se obtuvo en modo M, usando el plano paraesternal. Para analizar los resultados dividimos nuestra muestra en 4 grupos, según su índice de masa corporal: Normopeso:19-24,9 kg/m². Sobrepeso:25-29,9 kg/m². Obesidad:30-39,9 kg/m². Obesidad Mórbida: > 40 kg/m²
Resultados. Se incluyeron 726 pacientes hipertensos. 341 (46,9%) tenían HVI. La prevalencia analizada por grupos según índice de masa corporal, fue mayor en el grupo de enfermos con IMC entre 30 y 40 kg/m², seguido de los enfermos con IMC > de 40 kg/m². El subgrupo de enfermos con normopeso presentó una menor prevalencia de HVI que el resto. En el grupo de normopeso (n = 45), 15 (33,3%) sujetos tenían HVI. En el grupo de sobrepeso (n = 230),

94 sujetos con HVI (40,8%). En el grupo de Obesos (n = 378), 197 (52,4%) enfermos tenían HVI. Por último en el grupo de obesidad mórbida (n = 73), 35 (47,9%) mostraron HVI.

Discusión. En el abordaje de la Hipertensión, la HVI juega un papel independiente como factor de riesgo vascular añadido. En los obesos, la prevalencia de HVI es mayor que en los enfermos hipertensos con IMC < 30 kg/m². Por este motivo una línea terapéutica podría ir encaminada a la utilización de fármacos con capacidad moduladora sobre el ventrículo izquierdo en pacientes con mayor IMC y con mayor prevalencia de HVI.

Conclusiones. 1.- En la muestra de hipertensos estudiados en la Unidad de HTA del Hospital Virgen de Valme, casi la mitad de los sujetos presentó HVI. 2.- Los enfermos con índice de masa corporal mayor de 30 kg/m² presentaron una mayor prevalencia de HVI.

RV-046

VALOR PRONÓSTICO DE LA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE LA FASE AGUDA DEL ICTUS ISQUÉMICO

P. Armario García¹, L. Ceresuela Eito¹, R. Hernández del Rey¹, E. Iribarnegaray Valenzuela¹, M. Martín Baranera², A. Avila³ y J. Bello³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Epidemiología,

³Servicio de Neurología. Hospital General de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Estudiar el valor pronóstico de la elevación de la presión arterial y de su evolución durante las primeras 24 horas en el ictus isquémico.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio, todos los pacientes con ictus isquémico con una evolución < 24 horas desde el inicio de los síntomas, ingresados en nuestro centro entre Diciembre de 2002 y Junio de 2004. Los datos clínicos, demográficos y hallazgos de la tomografía computarizada (TAC) fueron recogidos de forma prospectiva. La severidad del ictus y el estado funcional fueron medidos mediante la escala Canadiense (SSC) y la escala de Rankin, respectivamente. La PA fue registrada de forma automática mediante un monitor validado Omron 705 CP. Se hicieron medidas de la PA al ingreso, a las 6,12 y 24h durante el primer día, cada 8 horas durante los siguientes 3 días, y posteriormente cada 24 horas hasta el alta. Se consideró como mal pronóstico funcional al alta la puntuación > 3 en la escala de Rankin, y de buen pronóstico un Rankin de 0-2. Se indicó tratamiento antihipertensivo durante las primeras 24 horas tan solo en aquellos casos con elevaciones severas de la PA (> 220/120 mmHg) o con cifras inferiores cuando existieran otras complicaciones vitales, siguiendo las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales.

Resultados. Se registraron en el estudio 216 pacientes con ictus, de los cuales fueron excluidos 29 casos por presentar ictus hemorrágico, y 32 casos con ictus isquémico con una evolución > de 24 horas, por lo que el análisis final se llevó a cabo en 155 pacientes. La edad media fue de 73,9 + 11 años (rango 43-94), 53% varones. En cuanto al tipo de ictus isquémico, 58 (37,4%) fueron aterotrombóticos, 29 (18,7%) cardioembólico., 66 (42,6%) lacunares, y de 2 (1,3%) de origen desconocido. Solo 15 pacientes (9,7%) precisaron tratamiento antihipertensivo urgente por elevación de la PA > 220/120 mm Hg. Durante las primeras 24 horas se observó un descenso progresivo y significativo de la PA, tanto en los en los sujetos con mal pronóstico funcional al alta, como en los de buen pronóstico (p < 0,0005.) No se observó relación entre la elevación de la PA inicial y el pronóstico funcional al alta. En el análisis bivariable, los factores asociados a mal pronóstico fueron: la edad, el tipo de ictus (no lacunar), y el aumento de la temperatura corporal y glucemia al ingreso. En un modelo de regresión logística, incluyendo dichos factores, la PA a las 6 horas (p = 0,018) y una menor PA diastólica a las 12 horas (p = 0,031) fueron predictores independientes de mal pronóstico funcional alta.

Conclusiones. En los pacientes con ictus isquémico, la elevación de la PA durante la fase aguda del ictus no fue un determinante de mal pronóstico funcional al alta, pero sí la persistencia de unos valores más altos de PA sistólica a las 6 horas, o un descenso mayor de la PAD a las 12 horas.

RV-047

PARÁMETROS DE OBESIDAD CENTRAL EN PACIENTES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

C. Ciria de Pablo¹, M. Moreno Palanco², P. Ibáñez Sanz² y C. Suárez Fernández²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria 2. Madrid.

²Medicina Interna. H. Universitario La Princesa. Madrid.

Objetivos. Comparar el perímetro abdominal y el porcentaje de grasa corporal de dos grupos de pacientes que participan en un ensayo clínico de intervención de prevención secundaria de enfermedad cardiovascular.

Material y métodos. Medida del perímetro abdominal y el porcentaje de grasa abdominal basales y al año de un ingreso por episodio cardiovascular agudo en un grupo de pacientes que participan en una intervención intensiva multifactorial en una consulta hospitalaria específica. Comparación con el perímetro abdominal al año en pacientes que realizan seguimiento habitual en consultas de cardiología, neurología y/o medicina de familia. Análisis de la relación de estos parámetros con la morbimortalidad cardiovascular.

Resultados. Se han estudiado 247 pacientes (121 del grupo intervención y 126 del grupo control). La edad media del primer grupo es de 64,89 años (desviación típica 11,53) y la del segundo grupo 65,6 años (desviación típica 14,32). El perímetro abdominal y el porcentaje de grasa corporal basales (del grupo intervención) y al año (de ambos grupos) se muestran en la tabla 1. La asociación entre estos parámetros y el número de episodios cardiovasculares en un año no es significativa.

Discusión. Las cifras de perímetro abdominal, como parámetro más habitual de obesidad central, son comparables en ambos grupos del estudio. Las escasas diferencias entre las cifras de perímetro abdominal y porcentaje de grasa corporal basales y a un año en el grupo intervención reflejan las dificultades para controlar adecuadamente este factor de riesgo cardiovascular, incluso en una consulta específica donde se realiza un abordaje multifactorial intensivo. Dadas estas mínimas diferencias, tampoco se ha podido establecer una relación entre estos parámetros y la morbimortalidad cardiovascular en este estudio en un año.

Conclusiones. La corrección de la obesidad central en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular ofrece dificultades importantes, incluso en una unidad especializada que desarrolla un ensayo clínico de intervención integral e intensiva de los factores de riesgo cardiovascular. Es necesario que tanto médicos, enfermeros como pacientes tomemos conciencia de la importancia de controlar también este factor de riesgo en prevención secundaria.

Perímetro abdominal y porcentaje de grasa corporal en grupo de intervención y grupo control.

| | Media G. interv. | D. Tip. G. interv. | Media G. cont. | D. Tip. G. cony. |
|------------------|------------------|--------------------|----------------|------------------|
| P. abd. basal | 103,73 | 9,21 | - | - |
| P. abd. 1 año | 100,85 | 12,49 | 100,65 | 11,22 |
| % grasa c. basal | 33,57 | 6,34 | - | - |
| % grasa c. 1 año | 33,03 | 6,07 | 32,05 | 8,36 |

RV-049

CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN «RANGO NORMAL» EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL DOLOR PRECORDIAL

M. Maestre Muñiz, T. Holgado Carranza, C. Holgado Silva, J. De la Vega, A. Aznar Marín y M. Rico

Serv. M. Interna. Porf. R. Pérez Cano. H.U.V. Macarena. Sevilla.

Objetivos. El objetivo de nuestro trabajo es comprobar si existen diferencias en el diagnóstico final de pacientes que son atendidos por dolor torácico y que presentan distintas concentraciones plasmáticas de PCR, aunque dentro del rango considerado como normal.

Material y métodos. Incluimos en el estudio a 108 pacientes aquejados de dolor torácico que sugiere origen coronario. Excluimos previamente a pacientes con edad extrema (> 80 años), obesidad mórbida

bida, procesos inflamatorios ú infecciosos. Se recogen datos referentes a factores de riesgo cardiovascular clásicos y antecedentes de cardiopatía isquémica. Los pacientes son evaluados de manera rutinaria y se extrae una muestra para determinar PCR por método ultrasensible (PCRus), dentro de las 18 h del inicio del dolor y son medidas por inmunoturbidimetría potenciada. De los 108 pacientes seleccionamos a 43 cuyo nivel de PCRus se encuentra entre 0 y 3 mg/l (rango considerado como normal por nuestro laboratorio). A éstos se hace seguimiento hasta el alta constatando si presentaron un evento coronario importante: diagnóstico positivo; (al menos angor inestable que requirió intervencionismo coronario ó IAM no Q) ó si por el contrario se descartó origen coronario del cuadro o se diagnosticaron de angor estable (con prueba de detección de isquemia negativa): diagnóstico negativo. Los resultados fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS mediante tablas de contingencia y prueba T.

Resultados. De los 43 pacientes seleccionados, en 35 (81%) se hizo un diagnóstico negativo y en 8 (19%) un diagnóstico positivo. Las características basales en ambos grupos, no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Si hubo diferencias en cuanto al nivel de PCRus con una media de 1,79 (\pm 0,61) para los pacientes con diagnóstico negativo y de 2,49 (\pm 0,42) para los pacientes con diagnóstico positivo. (P0,02). Estableciendo tres puntos de corte para los valores de PCRus: < 1, 1-2 y 2-3, obtenemos 3 grupos con 6, 18 y 19 pacientes. En el primero, no hubo ningún diagnóstico positivo, en el segundo tan sólo 1 (5%), mientras que en el tercero hubo 7. (36%) ($p < 0,01$). De manera indirecta se puede estimar que el RR de que un paciente con un dolor torácico tenga un SCA-SEST con una PCR us < 2 mg/l es de 0,11 ó lo que es lo mismo, un nivel de PCRus < 2 mg/l, tendría un VPN del 96% para los SCA-SEST.

Discusión. Hoy se coloca a la inflamación en el centro de la patogenia de la aterogénesis y de la enfermedad vascular coronaria. La PCR us ha sido ampliamente estudiada como factor pronóstico en ésta, implicándose directamente también es su patogenia. Los resultados en los grandes estudios epidemiológicos son concluyentes, no obstante su utilización en la práctica clínica habitual como otro factor de riesgo más, probablemente sea compleja, por dos motivos principalmente. El primero, porque existe una importante variabilidad individual (entre un 40 y un 60%) el segundo, que no existe consenso sobre el punto de corte para identificar a los pacientes de riesgo; la mayoría de los estudios proponen unos puntos que se hallan dentro de los valores normales estimados por los laboratorios, (que engloban hasta el percentil 90 de la de PCRus en individuos sanos) aunque con gran variabilidad, ya que van desde 0,5 a 14 mg/l. En nuestro estudio, hemos pretendido ver las diferencias existentes entre en el diagnóstico final de los pacientes que son atendidos por dolor torácico con valores normales de PCRus, con el fin de utilizar un determinado valor de PCRus en la discriminación diagnóstica inicial del dolor torácico. A pesar lo reducido de la muestra y de las limitaciones que hemos comentado que tiene el uso de la PCR, hemos conseguido unos resultados muy homogéneos con una significación elevada.

Conclusiones. En nuestra muestra, encontramos, que con un valor igual o inferior a 2 para PCRus (percentil 66 del rango normal) la gran mayoría de los dolores torácicos o bien no son de origen coronario ó se trata de una angina estable. La determinación de PCRus podría ser útil en la evaluación del dolor torácico en urgencias.

RV-051 EFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE ASPIRINA A BAJA DOSIS SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS DIPPER Y NO-DIPPER

D. Ayala¹, R. Hermida¹, C. Calvo², M. Rodríguez², L. Chayán², J. López², M. Fontao¹ y R. Sole¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. Estudios recientes han demostrado que la aspirina (AAS) es un potente agente antioxidante que reduce de forma significativa la producción vascular de superóxido, previene la hipertensión inducida por angiotensina II y la hipertrofia cardiovascular, e induce la li-

beración de óxido nítrico (NO) en el endotelio vascular. Además, se ha demostrado que la AAS a baja dosis reduce la presión arterial (PA) en pacientes con hipertensión ligera cuando se administra a la hora de acostarse, pero no a la de levantarse [Hypertension. 2003;41:1259-1267], posiblemente actuando sobre el descenso nocturno de producción de NO. Por otra parte, la vasodilatación dependiente del endotelio está disminuida en pacientes no-dipper debido a una reducción en la producción de NO. Por ello, hemos comparado los efectos de la administración temporalizada de AAS en pacientes hipertensos dipper y no-dipper.

Material y métodos. Se estudiaron 257 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera (98 varones y 159 mujeres) de 44,6 \pm 12,5 años de edad, asignados aleatoriamente en dos grupos en función de la hora de administración de 100 mg/día AAS: a la hora de levantarse o a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de 3 meses de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. La PA aumentó ligeramente después de AAS a la hora de levantarse, especialmente en los pacientes dipper y durante las horas de descanso nocturno (aumento de 1,5 y 1,0 mm Hg en la media de 24-horas de la PA sistólica y diastólica, $p < 0,028$). En el grupo de pacientes evaluados después de la administración nocturna de AAS, se observó una reducción significativa de la PA (7,2 y 4,9 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica; $p < 0,001$). La reducción en media nocturna se duplicó en los pacientes clasificados como no-dipper en función de su perfil de PA basal (11,0 y 7,1 mm Hg, en comparación con 5,5 y 3,3 mm Hg en pacientes dipper, $p < 0,001$).

Discusión. Los resultados de este estudio prospectivo corroboran la existencia un efecto altamente significativo del AAS sobre la PA en pacientes no tratados con hipertensión ligera, que es marcadamente dependiente de la hora de administración del fármaco. Los efectos de la administración nocturna de AAS son significativamente mayores en pacientes no-dipper, posiblemente a través de los efectos antioxidantes de AAS, mejorando la relación de PA diurna/nocturna hacia un perfil predominantemente dipper.

Conclusiones. La administración temporalizada de AAS a baja dosis podría suponer una aportación valiosa no sólo en prevención secundaria, sino también para mejorar el grado de control de PA en pacientes con hipertensión ligera.

RV-052 EFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE VALSARTÁN A DOSIS PLENA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS ANCIANOS

A. Mojón¹, R. Hermida¹, C. Calvo², D. Ayala¹, M. Rodríguez², L. Chayán², J. López² y J. Fernández¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. Resultados previos sobre la eficacia antihipertensiva del valsartán en función de su hora de administración han indicado que este bloqueador de los receptores de angiotensina II reduce eficazmente la presión arterial (PA) durante las 24 horas del día con independencia de la hora de tratamiento [Hypertension. 2003;42:283-290]. Sin embargo, la administración de valsartán a la hora de acostarse, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en el descenso relativo de PA nocturna con respecto a la media diurna (profundidad). La profundidad de la PA se caracteriza por una disminución progresiva con la edad debido a la pérdida de descenso nocturno de PA asociada al envejecimiento. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y el potencial remodelado del perfil circadiano de PA después de la administración temporalizada de valsartán en pacientes hipertensos ancianos.

Material y métodos. Se estudiaron 100 pacientes ancianos con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (34 varones y 66 muje-

res) de $68,2 \pm 4,9$ años de edad, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 160 mg/día de valsartán en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de 3 meses de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. **Resultados.** La reducción de PA después de 3 meses de tratamiento en monoterapia con valsartán fue altamente significativa ($P < 0,001$) y ligeramente superior con la dosis nocturna (12,3 y 6,3 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente, después de valsartán a la hora de levantarse; reducción de 15,3 y 9,2 mm Hg cuando el valsartán se administró a la hora de acostarse), mostrándose en ambos casos una cobertura terapéutica a lo largo de las 24 horas. La profundidad de PA se mantuvo inalterada después de la administración matutina (-1,0 y -0,3 para la PA sistólica y diastólica, respectivamente; $P > 0,195$). La profundidad aumentó significativamente (6,5 y 5,3 para la PA sistólica y diastólica; $P < 0,001$) después de la administración de valsartán a la hora de acostarse, gracias a una mayor eficacia sobre PA nocturna.

Discusión. Los resultados indican que, con independencia de la hora de su administración con respecto al ciclo de actividad y descanso de cada paciente, una dosis única de 160 mg/día de valsartán en monoterapia reduce de forma eficaz la PA durante las 24 horas del día.

Conclusiones. En la mayoría de los pacientes hipertensos ancianos, caracterizados por una pérdida relativa del descenso nocturno de la PA, el valsartán debería ser administrado a la hora de acostarse, con el objeto de obtener tanto mayor eficacia antihipertensiva durante el descanso nocturno como la potencial reducción en riesgo cardiovascular asociada a la mejora de profundidad.

RV-053

ALTERACIÓN EN LA REGULACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN SUJETOS CON SÍNDROME METABÓLICO

L. Chayán², R. Hermida¹, C. Calvo², D. Ayala¹, M. Rodríguez², M. Fontao¹, R. Soler¹ y J. López²

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. Diversos estudios han establecido una clara asociación entre el síndrome metabólico y el aumento de riesgo cardiovascular [Isomaa y cols. *Diab Care*. 2001;24:683-9]. También se ha demostrado que las componentes del síndrome metabólico de acuerdo con la definición del ATP-III (presencia de al menos tres de los siguientes factores: perímetro de cintura elevado, triglicéridos elevados, colesterol HDL bajo, presión arterial (PA) elevada, glucosa en ayunas elevada) están asociadas con marcadores de daño en órganos diana tales como hipertrofia ventricular, disfunción diastólica, y microalbuminuria. Por otra parte, la ausencia de descenso nocturno en la PA que caracteriza a los pacientes no-dipper (< 10% de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) se ha asociado también con un aumento de eventos cardiovasculares. En consecuencia, hemos investigado la posible relación entre el síndrome metabólico y la alteración en la variación circadiana de la PA en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 3114 pacientes hipertensos no diabéticos (1489 varones y 1625 mujeres) de $51,8 \pm 13,3$ años de edad. De ellos, 1277 eran pacientes no tratados en el momento del estudio, y los 1837 restantes estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

En todos los casos se realizó una analítica completa el día de comienzo de la monitorización.

Resultados. El síndrome metabólico, definido de acuerdo con los criterios del ATP III, estuvo presente en el 33,6% de los pacientes no tratados y en el 41,3% de los pacientes tratados. En los pacientes no tratados, la prevalencia del patrón no-dipper fue mayor en presencia de síndrome metabólico (47,3 frente al 39,6% en pacientes sin síndrome metabólico, $P < 0,001$). Esta prevalencia aumentó de forma significativa en los sujetos bajo tratamiento antihipertensivo, manteniéndose una mayor proporción de pacientes no-dipper en presencia del síndrome metabólico (53,7 frente al 47,5%, $P = 0,021$). La profundidad (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) fue significativamente menor en los sujetos con síndrome metabólico, tanto dentro del grupo de sujetos sin tratamiento (10,1 frente a 11,6; $P = 0,015$) como entre los que fueron estudiados bajo el efecto de medicación antihipertensiva (8,6 frente a 9,4 en ausencia de síndrome metabólico; $P < 0,025$).

Discusión. Los resultados de este estudio indican un aumento significativo en la prevalencia del patrón no-dipper de la PA en sujetos con síndrome metabólico. Los resultados concuerdan con la progresiva pérdida de profundidad asociada al aumento de glucosa y obesidad central, entre otros factores.

Conclusiones. Este estudio confirma que el tratamiento antihipertensivo, mayormente administrado en dosis única matutina, produce un descenso significativo de la profundidad de la PA, aumentado la prevalencia del patrón no-dipper.

RV-054

EFFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE TORASEMIDA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS

J. López², R. Hermida¹, C. Calvo², D. Ayala¹, M. Rodríguez², L. Chayán², M. Fontao¹ y R. Soler¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. La torasemida es un diurético de asa utilizado con frecuencia para el tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva crónica e hipertensión [Drug Saf. 1996;14:104-20]. Se ha documentado que la torasemida a dosis bajas de 2,5 y 5 mg no eleva la natriuresis, pero es efectiva en monoterapia y dosis única diaria para el control de pacientes con hipertensión arterial ligera-moderada sin otras complicaciones [J Hum Hypertens. 2002;16:S78-S83]. Estos resultados se han basado mayormente en medida clínica de presión arterial (PA), sin valoración de la cobertura y eficacia del fármaco a lo largo de las 24 horas. Por otra parte, hasta el momento no se ha realizado ningún estudio de cronoterapia con diuréticos. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y los efectos sobre el perfil circadiano de PA de la torasemida administrada a distintas horas en función del ciclo de actividad y descanso.

Material y métodos. Se estudiaron 58 pacientes con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (25 varones y 33 mujeres) de $48,7 \pm 11,9$ años de edad, sin tratamiento farmacológico antihipertensivo previo, y asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 5 mg/día de torasemida en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de 6 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. La reducción de PA después de 6 semanas de tratamiento en monoterapia con torasemida fue mayor con la administración nocturna (11,2 y 8,0 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente) que con la administración matutina (6,2 y 3,7 mmHg en PA sistólica y diastólica, respectivamente). El porcentaje de pacientes con PA ambulatoria controlada después del tratamiento fue casi el doble cuando la torasemida se administró a la hora de acostarse (52%) que cuando se administró a

la hora de levantarse (28%). Las curvas de eficacia indican una cobertura terapéutica a lo largo de las 24 horas sólo cuando la torasemida se administró a la hora de acostarse. La eliminación urinaria de sodio y potasio no se modificó en ninguno de los grupos de tratamiento. El 7% de los pacientes en administración matutina presentaron efectos secundarios (dolor abdominal, diarrea), frente al 14% en administración nocturna (nicturia).

Discusión. Los resultados indican que una dosis única de 5 mg/día de torasemida en monoterapia reduce de forma eficaz la PA mayormente cuando el fármaco se administra a la hora de acostarse.

Conclusiones. Las diferencias en cobertura, eficacia y grado de control en función de la hora de administración de torasemida deben ser tenidas en cuenta cuando se administre este diurético de asa en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial.

RV-055

EFFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE NIFEDIPINO GITS SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS

M. Rodríguez², R. Hermida¹, C. Calvo², D. Ayala¹, L. Chayán², J. López², M. Fontao¹ y R. Soler¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo, Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. Los estudios realizados hasta el momento ha indicado que el perfil circadiano de presión arterial (PA) no se altera con la administración tanto matutina como nocturna de diversos calcio-antagonistas, incluyendo amlodipino, isradipino, verapamilo, nifedipino y cilnidipino. Un estudio previo en un reducido número de pacientes (n = 10) concluyó que la hora de administración de 30 mg/día de nifedipino (en formulación de acción prolongada, GITS) no modifica la eficacia sobre la PA tanto diurna como nocturna. Nuestro objetivo ha sido investigar la eficacia antihipertensiva y los efectos sobre el perfil circadiano de PA de distintas dosis de nifedipino GITS administrado en monoterapia y a distintas horas en función del ciclo de actividad y descanso de cada paciente.

Material y métodos. Se estudiaron 80 pacientes con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (36 varones y 44 mujeres) de 52,1 ± 10,7 años de edad. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 30 mg/día de nifedipino GITS en monoterapia durante 8 semanas: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. Los pacientes no controlados fueron titulados a recibir 60 mg/día de nifedipino GITS durante otras 8 semanas. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de cada fase de 8 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. La reducción de PA después de 8 semanas de tratamiento con 30 mg/día nifedipino GITS fue ligera pero no significativamente mayor con la dosis nocturna (10,3 y 6,5 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente, a la hora de levantarse; 12,0 y 7,2 mm Hg a la hora de acostarse). La eficacia terapéutica en pacientes titulados a 60 mg/día fue, sin embargo, significativamente mayor cuando el nifedipino GITS se administró a la hora de acostarse (16,0 y 9,3 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, en comparación con 8,4 y 4,0 mm Hg con la dosis matutina). Con respecto al perfil de seguridad, la administración de nifedipino GITS a la hora de acostarse redujo los casos de edema en un 91% y la de efectos secundarios globales en un 74% con respecto a la administración matutina (P = 0,026).

Discusión. Los resultados indican que una dosis única de 30 mg/día de nifedipino GITS reduce de forma eficaz la PA ambulatoria a lo largo de las 24 horas.

Conclusiones. Las diferencias en eficacia en función de la hora de administración de nifedipino GITS en pacientes no controlados y titulados a 60 mg/día, así como la reducción de efectos secundarios a cualquier dosis con la administración nocturna de nifedipino GITS, se deben tener en cuenta cuando se administre este calcio-

antagonista en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial.

RV-056

LA ATORVASTATINA REDUCE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS HIPERLIPIDÉMICOS

J. Fernández¹, C. Calvo², R. Hermida¹, D. Ayala¹, M. Rodríguez², L. Chayán², A. Mojon¹ y J. López²

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo, Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. La vasodilatación dependiente del endotelio es anormal en pacientes con hipercolesterolemia. También se conoce que la terapia hipolipemiente con estatinas mejora la disfunción endotelial. Resultados recientes han indicado que la atorvastatina, un inhibidor de la HMG-CoA reductasa, contribuye a la modificación de la rigidez arterial independientemente del nivel de presión arterial (PA). Así, resultados previos han sugerido que la atorvastatina podría además reducir la PA. Por todo ello, nuestro objetivo ha sido valorar los posibles efectos de la atorvastatina sobre la PA, con independencia de su conocido efecto hipolipemiente, en pacientes con hipertensión ligera y sin tratamiento farmacológico antihipertensivo previo, que fueron evaluados mediante monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) durante 48 horas consecutivas antes y después del tratamiento con atorvastatina.

Material y métodos. Se estudiaron 94 pacientes (36 varones y 58 mujeres) de 51,4 ± 12,5 años de edad, con hipercolesterolemia primaria (colesterol plasmático entre 250 y 300 mg/dl y triglicéridos < 400 mg/dl). Los pacientes fueron diagnosticados de hipertensión ligera en función de la media de 6 medidas clínicas de PA (PA sistólica entre 140 y 159 mm Hg o PA diastólica entre 90 y 99 mm Hg), y el diagnóstico fue corroborado con los resultados de una MAPA de 48 horas. Ningún paciente recibió medicación antihipertensiva ni antes ni durante el estudio. Los pacientes se asignaron aleatoriamente a dos grupos: seguimiento con recomendaciones higiénico-dietéticas sin tratamiento farmacológico (RHD, grupo control) o tratamiento con 10 mg/día de atorvastatina durante 3 meses. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de 12 semanas de intervención. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. No hubo efecto alguno de las RHD sobre la PA ambulatoria. Los resultados indican, sin embargo, una reducción significativa de la PA después de 3 meses de tratamiento con atorvastatina (7,3 y 4,9 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente; P < 0,001). Este efecto fue similar sobre las medias diurna y nocturna de la PA, indicando una cobertura terapéutica plena a lo largo de las 24 horas.

Discusión. Los efectos de la atorvastatina sobre la PA aquí demostrados podrían estar relacionados con la mejoría de la disfunción endotelial que caracteriza a estos pacientes.

Conclusiones. Aparte de su demostrado efecto hipolipemiente, la atorvastatina reduce de forma significativa la PA ambulatoria en pacientes hipercolesterolémicos con hipertensión ligera.

RV-057

INFLUENCIA DEL CONSUMO DE TABACO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS

F. Domínguez¹, R. Hermida¹, D. Ayala¹, C. Calvo², M. Rodríguez², L. Chayán², R. Soler¹ y J. López²

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo, Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. La relación entre el consumo de tabaco y la presión arterial (PA) es en cierta forma polémica debido a la existencia de resul-

tados contradictorios. Algunos estudios epidemiológicos han concluido que los fumadores tienen PA tanto clínica como ambulatoria menor que los no fumadores, mientras que otros han demostrado un aumento significativo en la PA diurna en los fumadores [J Hypertens. 1995;13:1209-1215]. Por ello, el objetivo de este estudio ha sido investigar la relación entre el consumo de tabaco y la PA ambulatoria en una cohorte amplia de pacientes hipertensos no tratados.

Material y métodos. Se estudiaron 1250 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (531 varones y 719 mujeres) de $48,5 \pm 13,7$ años de edad. De ellos, 720 eran no fumadores, 212 eran fumadores, y 318 eran exfumadores que no habían fumado durante al menos un año. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. Los fumadores se caracterizaron por presentar un aumento significativo en la media diurna y un descenso significativo en la media nocturna de la PA sistólica en comparación con los no fumadores ($p = 0,027$). Por ello, la media de 24 horas de la PA sistólica fue similar entre ambos grupos (130,3 mmHg en los no fumadores, 131,0 mmHg en los fumadores, $p = 0,466$). La PA diastólica, la frecuencia cardíaca y el doble producto (PA sistólica por frecuencia cardíaca) fueron significativamente mayores en los fumadores a lo largo de las 24 horas ($p < 0,001$). Los exfumadores presentaron valores de PA ligeramente superiores a los no fumadores y significativamente menores que los fumadores. El consumo de tabaco se asoció significativamente a un aumento en profundidad de la PA (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna). La prevalencia de pacientes dipper-extremo (profundidad $> 20\%$) aumentó del 4% en no fumadores al 10% en fumadores ($p < 0,001$).

Discusión. El consumo de tabaco aumenta de forma significativa la media diurna de la PA y la media diaria de la frecuencia cardíaca y del doble producto, un marcador de isquemia coronaria. Además, la profundidad de la PA también aumenta como consecuencia del consumo de tabaco hacia un patrón dipper-extremo, caracterizado por un aumento del riesgo de accidente cerebro-vascular.

Conclusiones. Dejar de fumar restablece progresivamente los valores de PA hacia los encontrados en pacientes hipertensos no fumadores.

RV-058 **EFFECTOS SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE NEBIVOLOL EN PACIENTES HIPERTENSOS FUMADORES Y NO FUMADORES**

I. Alonso¹, R. Hermida¹, D. Ayala¹, C. Calvo², A. Mojón¹, M. Rodríguez², J. López² y J. Fernández¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. El consumo de tabaco, junto con la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, es uno de los factores más estrechamente relacionados con la arteriosclerosis. El riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión aumenta de forma multiplicativa si el paciente es fumador. Además, el consumo de tabaco parece atenuar la eficacia de los fármacos antihipertensivos, principalmente beta-bloqueantes, alfa-bloqueantes y diuréticos. Por ello, el objetivo de este estudio fue comparar la eficacia antihipertensiva del nebivolol entre pacientes hipertensos fumadores y no fumadores.

Material y métodos. Se estudiaron 94 pacientes con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (48 varones y 46 mujeres) de $42,1 \pm 11,7$ años, sin tratamiento farmacológico antihipertensivo previo, que recibieron una dosis de 5 mg/día de nebivolol en monoterapia a la hora de levantarse. De ellos, 48 pacientes eran no fumadores, 23 eran fumadores y 23 eran exfumadores que no habían fumado durante al menos un año. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con

un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de 3 meses de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. Después del tratamiento con nebivolol en monoterapia se objetivó una reducción significativa de la PA, similar en los tres grupos de pacientes (reducción de 12,5, 13,8 y 11,3 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica en no fumadores, exfumadores y fumadores, respectivamente, $p = 0,591$ para la comparación de eficacia entre grupos; reducción de 11,0, 11,7 y 10,1 mm Hg en la media de 24 horas de la PA diastólica, $p = 0,625$). En todos los grupos la eficacia antihipertensiva del nebivolol fue significativamente mayor en la media diurna que en la media nocturna de la PA ($p < 0,001$), por lo que se redujo de forma significativa la profundidad de la PA (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) en 3,2 y 2,7 para la PA sistólica y diastólica, respectivamente ($p < 0,001$). Por último, el nebivolol redujo significativamente la frecuencia cardíaca y el doble producto (PA sistólica por frecuencia cardíaca) de forma similar en todos los grupos (9,9 pulsaciones/minuto y 2130 mm Hg X pulsaciones/minuto, respectivamente, $p < 0,001$).

Discusión. Los resultados indican que, a pesar de su mayor eficacia durante las horas de actividad en comparación con las horas de descanso nocturno, el nebivolol en monoterapia reduce eficazmente la PA, la frecuencia cardíaca y el doble producto (un marcador de isquemia coronaria).

Conclusiones. A diferencia de otros beta-bloqueantes no selectivos, la eficacia antihipertensiva del nebivolol no parece estar atenuada por el consumo de tabaco.

RV-059

LA CRONOTERAPIA MEJORA EL GRADO DE CONTROL Y REVIERTE EL PATRÓN NO-DIPPER DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE

E. Nieto², C. Calvo², R. Hermida¹, D. Ayala¹, M. Rodríguez², L. Chayán², J. López² y J. Fernández¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. Los pacientes hipertensos con elevación persistente de la presión arterial (PA) y ausencia de control a pesar de estar recibiendo 3 o más fármacos antihipertensivos a dosis plenas (hipertensión resistente o refractaria) representan un problema clínico importante debido a su elevado riesgo cardiovascular y la alta prevalencia de daño en órganos diana. Las estrategias terapéuticas en este tipo de pacientes incluyen añadir un nuevo fármaco o cambiar un fármaco por otro buscando una mejor combinación sinérgica. La mayoría de los pacientes, sin embargo, reciben toda su medicación antihipertensiva en dosis única matutina [J Hypertens. 2002;20:1097-1104]. En este estudio hemos evaluado de forma prospectiva el impacto sobre el grado de control y el perfil circadiano de la PA del cambio de la hora de administración del tratamiento, sin modificar la dosis ni el número de fármacos, en pacientes con hipertensión resistente.

Material y métodos. En este estudio participaron 189 pacientes con hipertensión arterial esencial no controlada (112 varones y 77 mujeres) de $59,2 \pm 11,9$ años de edad, que estaban recibiendo tres fármacos antihipertensivos todos ellos en dosis matutina. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de acuerdo con la modificación de su esquema terapéutico: 1) cambiar un fármaco por otro, manteniendo los tres en dosis matutina; 2) el mismo cambio de un fármaco (generalmente un BCC o un alfa-bloqueante) que pasó a ser administrado a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de 3 meses de tratamiento con el nuevo esquema terapéutico. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcu-

lar las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. Cuando se mantuvieron 3 fármacos en dosis matutina, se produjo un leve y no significativo aumento de la PA (0,6 y 0,2 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente; $P > 0,596$). En la monitorización basal, sólo un 15% de los pacientes en este grupo eran dipper, y este porcentaje se redujo todavía más (11%) después de 3 meses de terapia con 3 fármacos en la mañana. La reducción de PA fue, sin embargo, mucho mayor y estadísticamente significativa (8,4 y 5,7 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica; $P < 0,001$) cuando uno de los fármacos pasó a ser administrado en la noche. Esta reducción de PA fue marcadamente superior en la media nocturna que en la media diurna de la PA. Así, mientras que sólo un 12% de los pacientes de este grupo eran dipper en el perfil basal, un 54% lo fueron en el perfil post-intervención ($P < 0,001$).

Discusión. Los resultados del presente estudio indican que la Cronoterapia mejora el grado de control de los pacientes con hipertensión arterial resistente. Esta estrategia terapéutica permite además, en un alto porcentaje de pacientes, la reversión del patrón no-dipper, característico de la mayoría de los pacientes con hipertensión resistente y claramente asociado a un mayor riesgo cardiovascular.

Conclusiones. Los resultados de este estudio prospectivo en pacientes con hipertensión resistente indican que la Cronoterapia es más importante en el control de la PA y en el modelado adecuado del perfil circadiano de la PA que el cambio en la combinación terapéutica.

RV-060

EFICACIA DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE LA COMBINACIÓN VALSARTÁN-ATORVASTATINA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS HIPERLIPIDÉMICOS

C. Calvo², R. Hermida¹, D. Ayala¹, M. Rodríguez², L. Chayán², J. López², M. Fontao¹ y R. Soler¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. Estudios recientes han indicado que la atorvastatina, aparte de sus efectos esperados sobre el perfil lipídico, actúa en cierta medida sobre la regulación de la presión arterial (PA). Por otra parte, la administración de valsartán a la hora de acostarse, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la PA (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna, parámetro descriptor del perfil dipper o no-dipper de un paciente), sin pérdida de eficacia terapéutica a lo largo de las 24 horas [Hypertension. 2003;42;283-290]. Por ello, hemos evaluado los posibles efectos sinérgicos de la administración temporalizada de valsartán en combinación con atorvastatina en pacientes hipertensos hiperlipidémicos.

Material y métodos. Se estudiaron 80 pacientes (32 varones y 48 mujeres) de $56,3 \pm 9,3$ años de edad, con hipertensión arterial esencial ligera-moderada e hipercolesterolemia primaria (colesterol plasmático entre 250 y 300 mg/dl y triglicéridos < 400 mg/dl). Los pacientes se asignaron aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 160 mg/día de valsartán en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La mitad de los pacientes en cada grupo recibieron además 10 mg/día de atorvastatina a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de 3 meses de intervención terapéutica. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. La eficacia del valsartán mejoró significativamente cuando se combinó con atorvastatina (reducción de 13,9 y 9,6 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica con valsartán en monoterapia; 17,1 y 10,7 mm Hg con valsartán combinado con atorvastatina; $P < 0,027$ entre grupos). Con respecto a la

hora de administración, la combinación fue igualmente efectiva sobre la media diurna de la PA ($P = 0,620$) tanto si el valsartán se administraba a la hora de levantarse como a la hora de acostarse. Sin embargo, la administración nocturna de ambos fármacos tuvo mucha mayor eficacia sobre la media nocturna (reducción de 11,0 y 6,8 mm Hg con la dosis matutina; 23,5 y 15,9 mm Hg con la dosis nocturna de valsartán; $P < 0,001$). En consecuencia, la combinación valsartán-atorvastatina en dosis nocturna mejoró la profundidad hacia un perfil más dipper (aumento de 5,5 y 8,0 en PA sistólica y diastólica; $P < 0,001$).

Discusión. La atorvastatina aumenta la eficacia terapéutica del valsartán. Esta combinación sinérgica mejora significativamente el control de la PA nocturna, sin pérdida de eficacia en la media diurna de la PA, cuando ambos fármacos se administran conjuntamente a la hora de acostarse, lo cual podría además aumentar el cumplimiento por parte de los pacientes.

Conclusiones. Los resultados de este estudio prospectivo documentan las ventajas de la Cronoterapia en el control del paciente hipertenso hiperlipidémico. Además, presentan información sobre la utilidad de esta aproximación terapéutica cuando es necesario utilizar tratamiento combinado.

RV-061

ALTERACIÓN DEL PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE EN FUNCIÓN DE LA HORA DE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

T. Ríos¹, R. Hermida¹, D. Ayala¹, C. Calvo², M. Rodríguez², L. Chayán² y J. López²

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago. A Coruña.

Objetivos. Los pacientes con hipertensión resistente o refractaria representan un problema clínico importante debido a su elevado riesgo cardiovascular y la alta prevalencia de daño en órganos diana. La hipertensión resistente se caracteriza además por una alta prevalencia de un patrón no-dipper en la presión arterial (PA) ($< 10\%$ de descenso nocturno de PA con respecto a la media diurna). Resultados recientes han indicado que el patrón no-dipper en pacientes hipertensos bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo con dosis únicas matutinas se asocia con frecuencia a la ausencia de cobertura terapéutica a lo largo de las 24 horas [J Hypertens. 2002;20:1097-1104]. Por ello, el objetivo de este estudio ha sido valorar el impacto de la hora de tratamiento antihipertensivo sobre el perfil circadiano de la PA en pacientes con hipertensión resistente.

Material y métodos. Se estudiaron 712 pacientes con hipertensión arterial esencial no controlada (367 varones y 345 mujeres) de $59,2 \pm 11,5$ años de edad, que ya estaban recibiendo tres o más fármacos antihipertensivos. De ellos, 309 recibían toda su medicación a la hora de levantarse, mientras que los 403 restantes tomaban al menos un fármaco antihipertensivo a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. En comparación con los pacientes que recibían toda su medicación por la mañana, los pacientes con un fármaco en la noche presentaron una reducción estadísticamente significativa de la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica (3,1 y 1,6 mm Hg, respectivamente, $P < 0,011$). Esta reducción fue mucho más pronunciada durante las horas de descanso nocturno (5,1 y 3,0 mm Hg, $P < 0,001$). En consecuencia, la profundidad (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) aumentó significativamente (2,3 y 2,7 en PA sistólica y diastólica, $P < 0,001$). El 81,9% de los pacientes con tratamiento matutino fueron no-dipper, y este porcentaje se redujo hasta el 52,6% en los pacientes que recibieron un fármaco a la hora de acostarse ($P < 0,001$).

Discusión. Los resultados de este estudio en pacientes con hipertensión resistente indican que tener en cuenta la hora de tratamiento es fundamental en el modelado adecuado del perfil circadiano de la PA.

Conclusiones. La alta prevalencia de un patrón no-dipper, de mayor riesgo cardiovascular, se puede reducir significativamente en pacientes con hipertensión resistente mediante la administración cronoterapéutica de los fármacos antihipertensivos.

RV-062

EFFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE NEBIVOLOL SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

M. Covelo², R. Hermida¹, C. Calvo², D. Ayala¹, M. Rodríguez², L. Chayán² y J. López²

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. El nebivolol es un beta-bloqueante lipofílico sin actividad simpatomimética, pero con efectos vasodilatadores aparentemente obtenidos a través de su efecto sobre óxido nítrico. Estudios previos han demostrado que el nebivolol reduce la presión arterial (PA) de forma tan eficaz como otros agentes antihipertensivos (incluyendo atenolol, metropolol, lisinopril y nifedipino). Pero estos ensayos no han proporcionado información sobre la cobertura terapéutica del nebivolol valorada mediante monitorización ambulatoria de la PA. Además, la posible diferencia en eficacia del nebivolol en función de su hora de administración tampoco ha sido previamente evaluada. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y los efectos sobre el perfil circadiano de la PA del nebivolol administrado a distintas horas en función del ciclo de actividad y descanso.

Material y métodos. Se estudiaron 84 pacientes con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (33 varones y 51 mujeres) de 45,1 ± 12,3 años, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 5 mg/día de nebivolol en monoterapia: a la hora de levantarse o a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207 antes y después de 8 y 16 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. Después de las primeras 8 semanas de tratamiento, la eficacia del nebivolol fue ligera pero no significativamente superior con la dosis matutina (reducción de 13,9 y 12,2 mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, después de la administración de nebivolol a la hora de levantarse; 11,7 y 9,7 mm Hg a la hora de acostarse; P > 0,064 entre grupos). En ambos grupos de tratamiento la eficacia fue significativamente mayor en la media diurna que en la media nocturna de la PA (P < 0,029). El nebivolol fue igualmente eficaz en administración matutina y nocturna a la hora de reducir frecuencia cardíaca (9,5 latidos/minuto en la media de 24 horas). Después de las segundas 8 semanas de tratamiento con la misma dosis, la eficacia no se modificó: No se documentó reducción adicional en PA, la eficacia fue similar con independencia de la hora de administración, y la reducción de PA fue significativamente mayor en la media diurna que en la media nocturna de la PA.

Discusión. Los resultados indican que 5 mg/día de nebivolol en monoterapia proporcionan una eficacia terapéutica similar con independencia de su hora de administración. Esta eficacia no se modifica después de las primeras 8 semanas de tratamiento.

Conclusiones. El nebivolol parece especialmente adecuado para el tratamiento de pacientes hipertensos con valores elevados de doble producto (PA sistólica por frecuencia cardíaca), un marcador de isquemia coronaria.

RV-063

EFFECTOS DE LA HORA DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS ANCIANOS

J. Crespo¹, R. Hermida¹, D. Ayala¹, C. Calvo², M. Rodríguez², L. Chayán², J. López² y R. Soler¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Diversos estudios han postulado que el tratamiento antihipertensivo no modifica el patrón circadiano de variación de la presión arterial (PA) [Raftery et al. Biotelem Patient Monit. 1981;8:113-120]. Resultados recientes, por el contrario, han indicado que el patrón no-dipper en pacientes hipertensos bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo con dosis únicas matutinas se asocia a la ausencia de cobertura terapéutica a lo largo de las 24 horas [Hermida et al. J Hypertens. 2002;20:1097-104]. En pacientes ancianos, en comparación con pacientes jóvenes, la profundidad (descenso nocturno de PA con respecto a la media diurna) es menor debido a un aumento progresivo en la PA nocturna con la edad. El objetivo de este estudio ha sido valorar el impacto del tratamiento antihipertensivo y de la hora de su administración sobre el perfil circadiano de la PA entre pacientes hipertensos ancianos.

Material y métodos. Se estudiaron 1286 pacientes ancianos (260 años) con diagnóstico de hipertensión arterial esencial ligera-moderada (573 varones y 713 mujeres), de 68,4 ± 5,6 años de edad. De ellos, 352 pacientes no recibían tratamiento en el momento del estudio, 547 recibían toda su medicación a la hora de levantarse, mientras que los 387 restantes tomaban al menos un fármaco antihipertensivo a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso, a fin de clasificar cada paciente como dipper o no-dipper (descenso nocturno < 10% de la media diurna de la PA).

Resultados. En pacientes no tratados el 62,5% eran no-dipper. En los pacientes tratados, se documentó una reducción significativa de la PA con respecto a pacientes no tratados durante las horas de actividad diurna, pero no durante el período de descanso nocturno, con lo que el porcentaje de pacientes no-dipper se elevó hasta el 66,3%. En función de la hora de tratamiento, el 75,2% de los pacientes que recibían toda su medicación a la hora de levantarse fueron no-dipper. Este porcentaje se redujo significativamente hasta un 53,7% en los pacientes que recibieron un fármaco a la hora de acostarse (p < 0,001).

Discusión. El tratamiento antihipertensivo, mayoritariamente en dosis matutina, modifica significativamente el perfil circadiano de la PA en pacientes hipertensos ancianos, a lo que parece contribuir la falta de cobertura terapéutica de la medicación.

Conclusiones. En el hipertenso anciano, la intervención farmacológica debe necesariamente contemplar no sólo con qué tratar sino fundamentalmente cuándo administrar el tratamiento con respecto al ciclo de actividad y descanso de cada individuo, en función de la cobertura terapéutica del fármaco y el perfil basal de PA de cada paciente, a fin de reducir la prevalencia de un patrón circadiano no-dipper en la PA, de marcado mayor riesgo cardiovascular.

RV-064

EFFECTOS DE LA HORA DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS CON DIABETES TIPO 2

R. Soler¹, R. Hermida¹, C. Calvo², D. Ayala¹, M. Rodríguez², L. Chayán², J. López² y M. Fontao¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. La disminución del descenso nocturno en la presión arterial (PA) es aparentemente frecuente en pacientes con diabetes tipo

2 (DM). La prevalencia del patrón no-dipper de variación de la PA en pacientes con DM, sin embargo, es muy variable entre distintos estudios. Resultados recientes han indicado que la elevada prevalencia de un patrón no-dipper en pacientes hipertensos bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo con dosis únicas matutinas se asocia con frecuencia a la ausencia de cobertura terapéutica a lo largo de las 24 horas [J Hypertens. 2002;20:1097-1104]. El objetivo de este estudio fue estudiar el impacto del tratamiento antihipertensivo y de la hora de su administración sobre el perfil circadiano de la PA en pacientes hipertensos con DM.

Material y métodos. Se estudiaron 585 pacientes hipertensos con DM (328 varones y 257 mujeres), de $60,4 \pm 11,2$ años de edad. De ellos, 142 pacientes no recibían tratamiento en el momento del estudio, 236 recibían toda su medicación a la hora de levantarse, mientras que los 207 restantes tomaban al menos un fármaco antihipertensivo a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso, a fin de clasificar cada paciente como dipper o no-dipper (descenso nocturno $< 10\%$ de la media diurna de la PA).

Resultados. Entre los pacientes no tratados, el 64,1% fueron no-dipper. En los pacientes tratados, la PA se redujo de forma significativamente durante las horas de actividad diurna, pero no durante las horas de descanso nocturno, en comparación con los pacientes no tratados ($P < 0,001$). Por ello, el porcentaje de pacientes no-dipper aumentó significativamente hasta el 69,8% entre los pacientes que estaban recibiendo tratamiento farmacológico. Lo que es más importante, el 25% de los pacientes tratados fueron riser (media nocturna de la PA superior a la diurna). En función de la hora de tratamiento, el 73,3% de los pacientes que recibían toda la medicación a la hora de levantarse fueron no-dipper. Este porcentaje se redujo hasta el 64,7% en los pacientes que recibían al menos un fármaco a la hora de acostarse.

Discusión. Los resultados de este estudio indican la alta prevalencia de alteración nocturna de la PA en pacientes con DM y corroboran el marcado efecto del tratamiento farmacológico en dosis única matutina sobre la alteración del perfil circadiano de la PA.

Conclusiones. La prevalencia extremadamente elevada del perfil riser en DM indica la necesidad de establecer un esquema cronofarmacológico apropiado para estos pacientes que permita no sólo reducir la PA sino también modificar el patrón alterado de PA y restablecer el perfil dipper de demostrado menor riesgo de evento cerebro-cardiovascular.

RV-065

CAMBIOS PREDECIBLES EN LA RELACIÓN DE MEDIAS DIURNA/NOCTURNA DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON LA EDAD EN PACIENTES NO TRATADOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

M. Fontao¹, R. Hermida¹, C. Calvo², D. Ayala¹, M. Rodríguez², L. Chayán², J. López² y R. Soler¹

¹Lab. Bioingeniería y Cronobiología. Univ. Vigo, Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión. Hosp. Clínico Universitario. Santiago, A Coruña.

Objetivos. La ausencia de descenso nocturno adecuado en la presión arterial (PA) que caracteriza a los pacientes no-dipper ($< 10\%$ de profundidad, definida como el porcentaje de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) se ha asociado con un aumento de eventos cardiovasculares y con mayor daño en órganos diana. Algunos estudios han documentado que la profundidad está disminuida en pacientes ancianos, lo cual se ha atribuido a una reducción en la producción de péptidos natriuréticos atriales, alteración en la función endotelial, y arteriosclerosis, entre otros factores. La mayor parte de estos estudios han evaluado pacientes ancianos sin comparación con sujetos jóvenes. Además, la posible tendencia de variación de la profundidad con la edad tampoco se ha descrito claramente. Por ello, hemos investigado los cambios en profundidad con la edad en pacientes hipertensos no tratados.

Material y métodos. Se estudiaron 1553 pacientes no tratados con diagnóstico de hipertensión arterial esencial ligera-moderada (751 varones y 802 mujeres), de $49,5 \pm 13,5$ años de edad, rango de 18 a 92 años. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo SpaceLabs 90207. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados. La profundidad de la PA sistólica se mantuvo constante hasta los 50 años de edad (valor medio $11,8 \pm 0,2$), y luego disminuyó rápidamente a una tasa de $0,39/\text{año}$ de vida ($P < 0,001$). La profundidad de la PA sistólica disminuyó desde $11,2$ hasta $4,5$ cuando la edad aumentó de los 55 hasta los 70 años de edad. En la PA diastólica, la profundidad tuvo un primer descenso significativo a los 40 años de edad ($18,3 \pm 0,3$ en pacientes de < 40 años), se mantuvo estable hasta los 55 años (media de $15,9 \pm 0,3$), y luego disminuyó linealmente con la edad a una tasa de descenso de $0,31/\text{año}$ de vida, hasta un valor de $10,6$ en pacientes de > 70 años. La prevalencia de un patrón no-dipper en la PA aumentó significativamente desde el $36,3\%$ en pacientes de < 40 años hasta el $71,2\%$ en pacientes de > 70 años de edad ($p < 0,001$).

Discusión. Los resultados indican que la profundidad de la PA es mayormente estable hasta los 55 años de edad, y luego desciende rápidamente con el proceso de envejecimiento.

Conclusiones. La pérdida progresiva de regulación de PA con la edad durante el período de descanso nocturno y el consiguiente aumento en la prevalencia de un patrón no-dipper deben ser tenidos en cuenta con el objeto de establecer una estrategia apropiada basada en la Cronoterapia para el tratamiento de pacientes hipertensos de más de 55 años de edad.

RV-066

UTILIDAD DE LA BIOIMPEDANCIOMETRÍA EN LA DETECCIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON SÍNDROME METABÓLICO

I. Sanluis, M. Pérez de Lis y J. Montes Santiago

Medicina Interna. Meixoeiro-Complejo Hospitalario Universitario. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. La esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) se caracteriza por la aparición de alteraciones histológicas similares a las inducidas por la ingesta excesiva de alcohol en individuos sin dicho hábito. Se ha descrito su asociación con obesidad, diabetes mellitus tipo 2 o hiperlipemia y se ha considerado un componente más del síndrome metabólico (SM). La bioimpedanciometría o análisis de la modificación que experimenta una corriente eléctrica al pasar a través de los tejidos biológicos permite determinar la composición corporal (grasa corporal y masa libre de grasa) y se ha demostrado como buen método evaluativo de dicha composición en pacientes obesos y diabéticos. En este estudio se evaluó su utilidad como predictor de la presencia de EHNA en pacientes diabéticos con SM.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo observacional de pacientes diabéticos sucesivos de una consulta externa de Medicina Interna. Se excluyeron aquellos con ingesta enólica > 80 g etanol/día, sin criterios de SM o con enfermedades concomitantes o que no accedieran a participar. Se obtuvo historia clínica y exploración, determinándose parámetros antropométricos (tensión arterial, peso, talla, perímetro de cintura abdominal, índice de masa corporal, IMC, índice cintura-cadera), de bioimpedanciometría (masa de grasa corporal y% graso del peso total, realizados con Monitor Body Fat Omron BF 302), analíticos (pruebas de función hepática, colesterol total, c-LDL, HDL, triglicéridos, glucemia, HbA1c), y ecografía abdominal. La correlación entre las variables se realizó mediante el coeficiente de Pearson y con la presencia de esteatosis mediante la prueba de Fisher.

Resultados. De 62 pacientes diabéticos, fueron incluidos 24 que cumplían los criterios de SM y otorgaron consentimiento informado. De ellos 17 fueron varones, edad: 66 ± 10 años, 46% fumadores, TAS: 143 ± 22 , TAD: 82 ± 16 , IMC: 33 ± 5 , cintura: 110 ± 13 cm, % grasa corporal: 33 ± 1 , HbA1c: $7,2 \pm 0,2$, LDL: 137 ± 50 , HDL: 52 ± 13 , TG: 181 ± 135 . Se detectó esteatosis sonográfica

ca en 16 pacientes (67%), de los cuales sólo 3 presentaban alteraciones de la analítica hepática. Hubo correlación del IMC con el perímetro abdominal ($p < 0,001$) y con el% de grasa corporal ($p < 0,05$), pero no con otros parámetros. Ninguna variable predijo la presencia ecográfica de EHNA.

Conclusiones. La bioimpedancia no constituye una determinación útil para determinar la presencia de EHNA en pacientes con diabetes y síndrome metabólico.

RV-067

ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD DEL PERFIL GLUCÉMICO. EVOLUCIÓN DESDE LA SITUACIÓN DE NORMALIDAD AL SÍNDROME METABÓLICO

E. Luna Heredia¹, J. Churrua Sarasqueta¹, M. Varela Entrecanales¹, L. Vigil Medina¹, M. López Rivera², G. Castro Toril², L. Gómez Molero¹ y J. Ruiz Galiana¹

¹Medicina Interna, ²Nutrición. Hospital de Móstoles, Madrid.

Objetivos. El perfil glucémico es una variable biológica sometida a mecanismos de regulación complejos. Al igual que sucede con otras como la frecuencia cardíaca o la temperatura corporal, el signo más precoz de su alteración consiste en una pérdida de la complejidad en su variabilidad fisiológica. Postulamos que en la evolución desde la normalidad hasta el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, existiría una pérdida progresiva de la complejidad del perfil glucémico.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio piloto para analizar la complejidad del perfil glucémico medido mediante monitorización ambulatoria de glucemia durante 72 horas (a intervalos de 5 minutos) con un sistema GMS. Se han seleccionado 10 voluntarios sanos y 10 pacientes con síndrome metabólico (según criterios del ATP III) con edades comprendidas entre 20 y 80 años, varones (para evitar posibles interferencias de factores relacionados con el sexo y la situación hormonal). El día de inicio de la monitorización de la glucemia se realizó una exploración física incluyendo peso, talla, perímetro abdominal y T.A., así como analítica con bioquímica sérica (niveles basales de glucemia, colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos, insulinemia, hemoglobina glicosilada e índice de HOMA). El análisis de la complejidad del registro de glucemias se obtuvo mediante el cálculo del ApEn (Aproximate Entropy) y del DFA (Detrended Fluctuation Analysis). El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS 12. Comparamos las diferencias del ApEn y del DFA entre ambos grupos mediante el test de la T de Student, así como el índice de correlación entre estas dos medidas.

Resultados. Se observó una buena correlación entre el ApEn y el DFA a pesar de ser medidas de la serie temporal que analizan la complejidad desde puntos de vista totalmente diferentes ($r = -0,823$ $p < 0,0001$), lo que sugiere que la determinación de dicha complejidad es consistente. Así mismo existen diferencias significativas tanto en el DFA entre sujetos sanos y pacientes con síndrome metabólico ($1,257 \pm 0,052$; $1,381 \pm 0,037$; $p < 0,001$) como en el ApEn entre sujetos sanos y pacientes con síndrome metabólico ($0,685 \pm 0,141$; $0,524 \pm 0,135$; $p = 0,041$).

Discusión. Estos resultados preliminares apoyarían nuestra hipótesis de que la complejidad del perfil glucémico disminuye con la aparición de una situación de prediabetes o resistencia insulínica determinada clínicamente como la presencia de síndrome metabólico.

Conclusiones. Desde un punto de vista clínico la posible aplicación de estos hallazgos radicaría en obtener una definición más precisa de síndrome metabólico, con parámetros numéricos objetivos.

RV-068

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. García González, M. Romero Jiménez, E. Ramírez Ortiz, M. del Castillo Madrigal, Y. Abu el Wafa Vaca, M. Pérez Ramos, A. Benavente Fernández y A. Barrios Merino

Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Objetivos. Evaluar en el ámbito hospitalario la prevalencia del síndrome metabólico según los criterios diagnósticos de la ATP III.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal, para la valoración del síndrome metabólico en los pacientes hospitalizados según los criterios de la ATP III. Ámbito del estudio: Hospital Infanta Ele-

na. Hospital Comarcal que atiende a una población de 180000 habitantes de la costa y condado de Huelva, con un total de 350 camas, de las cuales 100 corresponden a Medicina Interna. Pacientes incluíbles: todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Elena durante el período estudiado. El 59,7% de los pacientes eran hombres. La edad media fue de 70,4 años (DE 14,8). Se seleccionaron inicialmente 154 pacientes, de los cuales 24 fueron excluidos (8 éxitus durante el ingreso y 16 que no completaron el estudio). Variables: características sociodemográficas, antecedentes familiares de enfermedad coronaria precoz, antecedentes personales de enfermedad coronaria o equivalentes, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, edad, sexo, hipercolesterolemia), cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico. Estrategia de evaluación de la ATP III De acuerdo con la definición de la ATP III, presentaban Síndrome Metabólico aquellos individuos que cumplieran tres ó más de los criterios mencionados a continuación: 1. Obesidad abdominal: circunferencia de cintura en el varón mayor de 102 cm, y en la mujer mayor de 88 cm. 2. Hipertriglicerinemias: Concentración de triglicéridos en suero mayor ó igual a 150 mg/dl. 3. Concentración baja de cHDL: cHDL en suero menor de 40 mg/dl en el varón, y 50 mg/dl en la mujer. 4. Hipertensión Arterial: Presión Arterial sistólica de 130 mmHg ó más, y/o Presión Arterial diastólica igual ó mayor a 85 mmHg. 5. Hiperglucemia en ayunas: glucosa de 110 mg/dl o mayor.

Resultados. El 53% del total de pacientes incluidos en el estudio cumplían criterios de síndrome metabólico según los criterios de ATP III. El 47% de los hombres y el 94% de las mujeres, tuvieron un perímetro de cintura patológico; en total, el 66% de los pacientes presentaban obesidad abdominal; hipertensión arterial el 58,2%; glucosa mayor de 110 mg/dl en ayunas el 41%; hipertriglicerinemias el 27,6%; y cHDL bajo el 60,4% de nuestros pacientes. (Gráfico 1)

Discusión. La prevalencia del Síndrome Metabólico en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital es muy alta, del 53% de los pacientes, mucho mayor a la encontrada en EEUU (21,8%), en un trabajo realizado con datos del estudio NHANES III. La principal causa de esta diferencia en la prevalencia es la alta edad media de la población estudiada en nuestro caso (70,4 años), con respecto a las edades incluidas en el estudio americano (desde los 20 años); pues es conocido el incremento de la prevalencia del síndrome metabólico a medida que aumenta la edad de la población; sin embargo, no se planteó ningún criterio de exclusión por la edad, por lo que estos pacientes representan la edad real de los enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro centro hospitalario.

Conclusiones. La prevalencia del Síndrome Metabólico en los pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna independientemente del motivo de ingreso es muy alta; y ésta a su vez depende de la prevalencia de cada uno de los componentes que conforman la definición de este síndrome; por lo que no es sorprendente la predicción del riesgo vascular por la presencia de síndrome metabólico, ya que todos sus componentes por separado se asocian a morbilidad y mortalidad cardiovascular. Su correcto diagnóstico y tratamiento podría ser importante para disminuir la incidencia de enfermedad coronaria. La difusión de estos criterios permitiría la identificación de la población de riesgo de un modo relativamente sencillo y eficaz.

RV-069

SÍNDROME METABÓLICO: COMPARACIÓN SEGÚN EL DIAGNÓSTICO POR CRITERIOS DEL ATP-III Ó DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

L. Vigil Medina, M. López Jiménez, R. García Carretero, J. Churrua Sarasqueta, L. Gómez Molero y J. Ruiz Galiana

Medicina Interna. Hospital General de Móstoles. Móstoles, Madrid.

Objetivos. Analizar la frecuencia en pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA) del síndrome metabólico (SM) según los criterios propuestos recientemente por la Federación Internacional de Diabetes (FID), que enfatizan el componente de obesidad abdominal (criterio obligatorio) y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en comparación con la definición de SM del ATP-III.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio 394 pacientes (57,1% varones) con edades comprendidas entre 21y 87 años (57 ± 12 años) diagnosticados de HTA y vistos consecutivamente en nuestra consulta en un período de 6 meses. En la visita se recogieron de forma rutinaria los datos clínicos y analíticos de todos ellos. El diagnóstico de SM se realizó tanto por los criterios propuestos por el ATP-III y por la FID.

Resultados. 236 pacientes (60%) presentaron SM según los criterios del ATP-III y 291 pacientes (74,2%) por los de la FID, con predominio de varones en ambos casos (68,5% y 63,8% respectivamente). 76 pacientes (19%) tenían diabetes mellitus tipo 2 y todos ellos presentaban SM por ambos criterios. No hubo diferencias entre los 2 grupos, sin y con SM por ambas definiciones, con respecto a la edad, tabaquismo, número ó clase de fármacos hipotensores ó en los valores de ferritina, PCR, microalbuminuria, fibrinógeno, colesterol total, colesterol-LDL y cifras de tensión arterial diastólica (TAD). Sin embargo sí observamos diferencias significativas entre los pacientes sin y con SM por ambos criterios (ver tabla para SM-FID) con respecto a las cifras de tensión arterial sistólica (TAS), creatinina sérica, ácido úrico, y tasa de filtrado glomerular (TFG) estimada mediante la fórmula de Levey. Dichas diferencias persistieron al excluir del análisis a los pacientes diabéticos y no existían al comparar entre sí a los 2 grupos con SM.

Discusión. La presencia de SM resulta muy elevada en los pacientes con HTA, siendo mayor al emplear para su diagnóstico los nuevos criterios propuestos por la FID. En nuestra serie ambas definiciones no mostraron diferencias con respecto a la presencia de varios FRCV concomitantes y, con respecto a los pacientes sin SM, ambas identifican a un grupo de sujetos con disminución más precoz de su función renal, lo que constituye un FRCV independiente, subsidiario de un tratamiento farmacológico más intenso. Los niveles de ácido úrico también se encontraban significativamente más elevados en los pacientes con SM (con ambas definiciones) y pueden constituir también un marcador precoz de riesgo vascular.

Conclusiones. En un grupo de pacientes con HTA esencial, los nuevos criterios diagnósticos de SM propuestos por la FID resultan más sensibles que los del ATP-III para su detección, sin presentar diferencias en cuanto a la presencia de otros FRCV concomitantes. Así, su utilización en nuestro medio puede resultar de mayor utilidad.

Diferencias para distintos FRCV entre los pacientes con y sin SM.

| | SM (FID) | NO SM | p |
|--------------------|-------------|-------------|---------|
| N | 291 | 103 | |
| Ac. úrico (mg/dl) | 6,21 ± 1,5 | 5,4 ± 1,3 | < 0,000 |
| Creatinina (mg/dl) | 0,96 ± 0,26 | 0,89 ± 0,22 | < 0,038 |
| TAS (mmHg) | 145 ± 20 | 138 ± 18 | < 0,047 |
| TFG ml/min (Levey) | 78 ± 20 | 85 ± 19 | < 0,017 |

**RV-070
EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

M. Romero Jiménez, M. Del Castillo Madrigal, E. Ramírez Ortiz, Y. Abu el Wafa Vaca, M. Pérez Ramos, A. Benavente Fernández, J. Ramos-Clemente Romero y A. Barrios Merino

Medicina Interna. Infanta Elena. Huelva.

Objetivos. La hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo vascular modificable. No se puede abordar la prevención y tratamiento del colesterol sin tener en cuenta el riesgo cardiovascular global del paciente. Pretendemos evaluar en el ámbito hospitalario el impacto de las recomendaciones de la ATP III en la práctica clínica.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal para la valoración de la hipercolesterolemia en los pacientes hospitalizados según los criterios de la ATP III. Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas en el ámbito hospitalario. Ámbito del estudio: Hospital Infanta Elena. Hospital Comarcal que atiende a una po-

blación de 180000 habitantes de la costa y condado de Huelva, con 350 camas de las cuales 100 corresponden a Medicina Interna. Pacientes incluidos: todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Elena durante el período estudiado. **Resultados.** Seleccionamos 154 pacientes de los cuales 24 fueron excluidos. (8 por extrema gravedad y 16 por no completar el estudio). El 59,7% eran hombres. La edad media fue de 70,4 años (DE 14,8). Estimación de la hipercolesterolemia siguiendo la estrategia de evaluación de la ATPIII. 1. Determinación de los niveles de lipoproteínas tras un período de ayuno de 12 horas. 2. Valoración de la presencia de enfermedad aterosclerótica clínica: 37,3% diabéticos; 6,7% enfermedad arterial periférica; 3,7% estenosis carotídea significativa; 14,9% antecedentes de ictus aterotrombótico; 25,4% antecedentes de cardiopatía isquémica y 0,7% aneurisma de aorta abdominal. 3. Evaluación de otros factores de riesgo vasculares. 16,4% antecedentes familiares de enfermedad vascular precoz, 21,6% fumadores activos, 58,2% hipertensos, 90,3% la edad como factor de riesgo y el 47,8% el HDL menor de 40 mg/dl. 4. Clasificación de los pacientes en categorías de riesgo: Alto riesgo: Presentan Enfermedad coronaria el 25,4%, equivalente de riesgo coronario (diabetes mellitus 37,3%, enfermedad arterial periférica 6,7%, estenosis carotídea severa 3,7%, ictus cerebral aterotrombótico 14,9%, aneurisma de aorta abdominal 0,7%). Pacientes con más de dos factores de riesgo sin enfermedad coronaria o equivalente de riesgo coronario y con más del 20% de riesgo a 10 años según las tablas de Framingham el 6,7%. El 72,3% de los pacientes estudiados pertenecen a este grupo, con un riesgo mayor del 20% en 10 años. De ellos, el 10,4% entraron en esta categoría durante el ingreso hospitalario. Riesgo medio: El 18,6% de los pacientes pertenecen al grupo de dos o más factores de riesgo. Con un riesgo estimado a 10 años entre el 10 y 20% se encuentran el 16% y con riesgo a 10 años menor del 10% el 2,23%. Riesgo bajo: El 8,9% de los pacientes ingresados presentaba uno o ningún factor de riesgo. El 72,3% de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna tiene un riesgo estimado a 10 años superior al 20%. El 10,4% de estos entraron en esta categoría durante el ingreso hospitalario. Sólo el 33% de estos pacientes con niveles de LDL superiores a 130 mg/dl tenían prescrito en el informe de alta un tratamiento hipocolesterolémico. El 82% de los pacientes estudiados cumplían los criterios de la ATP III para el tratamiento del colesterol.

Discusión. Los niveles de colesterol de nuestros pacientes de forma aislada no son excesivamente altos. Sin embargo, la comorbilidad asociada a los pacientes ingresados hace muy necesaria la intervención ya que el 72% de los pacientes estudiados se encontraba dentro del grupo de alto riesgo y de ellos aproximadamente el 64% tenían niveles de LDL superiores a los recomendados.

Conclusiones. Es necesario continuar haciendo hincapié en la necesidad de tratar a los pacientes no solo por un nivel aislado de cifras de colesterol sino más bien en función de las categorías de riesgo. La diabetes mellitus representa el factor más determinante en nuestros pacientes para pertenecer al grupo de alto riesgo. La hospitalización es un momento idóneo para realizar una valoración del riesgo vascular e iniciar una terapia para control del colesterol.

**RV-072
APLICACIÓN DEL IMPACTO DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO ABSOLUTO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA ESPAÑOLA: ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS HPS Y CARDS**

J. Checa Prieto¹, E. Martínez Gimeno¹, M. Rosales Fletes¹, A. Martínez García¹, R. Muñoz Peñín² y G. Hernández Herrero¹

¹Unidad Médica, ²Instituto Euroclin. Pfizer I+D+I. Madrid.

Objetivos. Los resultados de los estudios de morbimortalidad cardiovascular suelen expresarse como reducciones de riesgo relativo. No obstante, el clínico precisa además una extrapolación de estos hallazgos que le permitan tomar decisiones en la población que trata habitualmente. Siguiendo este criterio, hemos analizado las diferencias entre dos ensayos clínicos que evalúan el efecto de dos regímenes hipolipemiantes en la aparición de eventos cardiovasculares en diabéticos tipo 2 sin antecedentes previos documentados de enfermedad cardiovascular.

Material y métodos. Revisión bibliográfica de la epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en relación con la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en España. Revisión bibliográfica de los estudios HPS-Subgrupo diabéticos (Simvastatina (SMV) 40 mg frente a placebo) y CARDS (Atorvastatina (ATV) 10 mg frente a placebo).

Resultados. De acuerdo con la literatura consultada, en España existen aproximadamente 1.800.000 diabéticos tipo 2 mayores de 45 años. Alrededor del 50% tiene un perfil de riesgo CV similar al que presentan los pacientes incluidos en los estudios HPS y CARDS, siendo su c-LDL medio de 123 mg/dl. Ambos estudios eran comparables en cuanto a riesgo basal de aparición de eventos CV en la población (HPS: 13.5% en 5 años y CARDS: 10% en 4 años) y c-LDL basal (HPS: 123 mg/dl y CARDS: 117 mg/dl). La diferencia media de c-LDL en el grupo de tratamiento activo fue de 35 mg/dl y 46 mg/dl, respectivamente. De acuerdo con los cálculos de los investigadores de ambos estudios, en 1.000 pacientes tratados durante 5 años se evitarían 30 eventos CV mayores con SMV 40 mg y 46 eventos CV mayores con ATV 10 mg. Aplicando los beneficios de los estudios HPS y CARDS a la población con DM2 española, conseguiríamos evitar anualmente 5.400 eventos CV mayores con SMV 40 mg y 8.280 eventos CV mayores con ATV 10 mg.

Conclusiones. La extrapolación de los resultados de los ensayos clínicos de morbilidad cardiovascular de riesgo relativo a riesgos absolutos, permite a los clínicos una valoración del impacto de estos estudios en la población asistida, y por tanto una selección adecuada de pacientes en los que estaría justificado el tratamiento en estudio. Según nuestra aproximación, el tratamiento con ATV 10 mg evitaría 2.880 eventos CV mayores adicionales cada año, a los que evitaría el tratamiento con SMV 40 mg en la población de diabéticos tipo 2 españoles mayores de 45 años y con características clínicas similares a las poblaciones incluidas en los estudios HPS y CARDS.

Análisis comparativo de los resultados de los estudios HPS y CARDS.

| | HPS | CARDS |
|---|---------------|-------------|
| LDL basal (mg/dl) | 123 | 117 |
| Reducción media LDL (mg/dl) | 35 | 46 |
| Riesgo absoluto placebo (%) | 13,5 (5 años) | 10 (4 años) |
| Reducción riesgo relativo (%) | 33 (5 años) | 37 (4 años) |
| Eventos evitados en 1.000 pacientes y 5 años | 30 | 46 |
| Extrapolación de eventos evitados/año en población española | 5.400 | 8.280 |

RV-073 IMPLANTACIÓN DE LA CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD Y RESULTADOS

J. Todolí Parra, G. Salvador, J. Fernández Navarro, L. Micó Giner, V. Bonora Tamarit y J. Calabuig Alborch
Medicina Interna. H.U. La Fe. Valencia.

Objetivos. La capilaroscopia periungueal es una técnica de imagen simple, no invasiva y de bajo coste, que permite la valoración «in vivo» de la microcirculación. Resulta de especial interés para la evaluación del fenómeno de Raynaud, los acrosíndromes vasculares y las enfermedades del tejido conectivo de base inflamatoria. Comunicamos nuestra experiencia tras la implantación de la técnica en nuestro Servicio.

Material y métodos. Período de estudio: enero 2004-julio 20005 La capilaroscopia se realizó mediante técnica habitual con iluminación de «luz fría», estudiando los dedos segundo a quinto de cada mano con un estereomicroscopio conectado a una cámara de video. Se procesaron las imágenes mediante una digitalizadora de video que permite la captura de imágenes. Cada capilaroscopia fue informada de forma sistemática estudiando la presencia de dilatación capilar y megacapilares, deformidades capilares (tortuosidades y ramificaciones), estimación cualitativa del número de capilares (normal, pérdida limitada, pérdida difusa) y evaluación de los tejidos papilares

(véculas, hemorragias, telangiectasias) y del flujo. Los datos fueron incluidos en una base de datos para su procesamiento y analizados posteriormente en SPSS. Las variables capilaroscópicas que se presentan son cualitativas por lo que se expresan en porcentajes. Las diferencias estadísticas son analizadas con el estadístico Chi cuadrado.

Resultados. Durante el período mencionado se realizaron 121 capilaroscopias en 115 pacientes (92 mujeres y 23 varones). Las indicaciones principales de la técnica fueron el fenómeno de Raynaud (44 pac), el LES (10 pac), la esclerodermia (7 pac) y la EMTC (7 pacientes). Las conclusiones más frecuentes del informe capilaroscópico fueron: Normal: 23; Compatible con Raynaud idiopático: 25; Patrón de microangiopatía inespecífica: 28 (7 «en banco de peces»); Patrón esclerodermiforme: 16; Microangiopatía compatible con LES: 11; Microangiopatía compatible con EMTC: 4; Difícil valoración: 3 Se compararon los patrones capilaroscópicos de los pacientes con Raynaud idiopático, esclerodermia, EMTC y LES encontrando diferencias estadísticamente significativas en: «Porcentajes más elevados de dilatación, megacapilares y pérdida capilar en esclerodermia y EMTC -No se encontraron diferencias significativas entre el Raynaud idiopático y el patrón de los pacientes con LES excepto la presencia de pérdida capilar en el 28% de los pacientes con Raynaud idiopático frente al 0% del grupo con LES -Las ramificaciones en trébol fueron más frecuentes en los pacientes con EMTC que en los pacientes con Raynaud idiopático. No se consideraron para el análisis estadístico los pacientes con DM, Enfermedad de Buerger y Raynaud asociado a LES por ser la muestra insuficiente. El Raynaud asociado a LES cursó con un patrón de microangiopatía con pérdida vascular en un caso. El patrón de nuestros pacientes con dermatomiositis se caracterizó por la presencia de pérdida capilar (3/3) y tortuosidades (2/3). En un paciente se encontró un patrón esclerodermiforme con megacapilares y dilatación capilar moderada. El patrón de los pacientes con Enfermedad de Buerger se caracterizó también por la pérdida capilar (3/3) y la presencia de tortuosidades (3/3), si bien un paciente presentó imágenes características de microangiopatía trombótica.

Conclusiones. La capilaroscopia periungueal se ha revelado como una técnica accesible para los Servicios de Medicina Interna y muy útil para la evaluación y clasificación de los pacientes con Fenómeno de Raynaud, así como de las conectivopatías esclerodermiformes. El hallazgo de megacapilares tiene una sensibilidad del 47% y una especificidad del 95% para el diagnóstico de Raynaud secundario. La especificidad sube hasta el 98% para el hallazgo combinado de megacapilares, dilatación y pérdida vascular. Tiene menos utilidad en el caso del LES por sus hallazgos inespecíficos, excepto en el caso del LES asociado a Fenómeno de Raynaud. Parece ser útil también en la evaluación y seguimiento de la Dermatomiositis y de la Enfermedad de Buerger, aunque la muestra analizada en nuestra serie resulta escasa en estas entidades.

RV-074 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON ATORVASTATINA EN PACIENTES DISLIPÉMICOS PROCEDENTES DE MEDIOS RURAL Y URBANO (ESTUDIO AU-RORA)

M. Taboada¹, H. Bermejo¹, C. Horrillo¹, A. Sáinz¹, E. Martínez² y J. Sol²

¹EAP. C.S. Fuencarral. Madrid. ²Unidad Médica. Pfizer I+D+I. Madrid.

Objetivos. El objetivo principal fue evaluar la efectividad del uso de atorvastatina para alcanzar los objetivos terapéuticos de c-LDL definidos por el NCEP-ATP III, en condiciones de práctica clínica habitual, en pacientes dislipémicos procedentes de medios rural y urbano. Asimismo, se estudió la relación existente entre la consecución de objetivos y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en ambas poblaciones.

Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo, abierto y multicéntrico, de 6 meses de duración, en pacientes con hipercolesterolemia o dislipemia mixta, atendidos en consultas de Atención Primaria de medios rural (poblaciones de menos de 10.000 habitantes) y urbano, en los que se había decidido iniciar tratamiento con atorvastatina a dosis entre 10 y 40 mg/día. La decisión de inicio del

tratamiento se realizó con anterioridad a la inclusión del paciente en el estudio.

Resultados. De los 5.264 pacientes incluidos en la población por intención de tratar (ITT), 1.852 pertenecían al ámbito rural y 3.273 al urbano. Se encontraron diferencias significativas en determinados FRCV en ambas poblaciones (tabla 1), sin embargo, el riesgo cardiovascular global fue similar en ambos medios (tabla 2). Globalmente, los pacientes consiguieron los objetivos de c-LDL en un 46,3% y un 66,7% a los 3 y 6 meses de tratamiento respectivamente, frente a un 6,5% que cumplían objetivos en la visita basal ($p < 0,0001$). Los valores basales de c-LDL y el cumplimiento de objetivos terapéuticos al inicio del estudio fueron diferentes en ambas poblaciones: c-LDL (mg/dl) rural: 179 vs urbana 184 ($p < 0,0001$); cumplimiento (%): rural 7.2 vs urbana 5.7 ($p = 0,04$), sin observarse diferencias en cuanto a cumplimiento de objetivos a los 3 y 6 meses de tratamiento.

Conclusiones. En la muestra poblacional estudiada, no se encontraron diferencias en cuanto al riesgo cardiovascular global, pero sí en cuanto al predominio de los FRCV, siendo la población rural más hipertensa y de más edad y la urbana más fumadora y con c-HDL más bajo. El c-LDL basal medio fue más elevado y existía un menor grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos previo a la inclusión en la población urbana, aunque dichas diferencias habían desaparecido a los 3 meses de tratamiento.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular.

| Factor de Riesgo | Rural: N (%) | Urbana: N (%) | Valor p |
|---|--------------|---------------|----------|
| Tabaquismo | 536 (33.7) | 1.058 (36.7) | 0,04 |
| HTA | 817 (50) | 1.360 (46.8) | 0,03 |
| c-HDL < 40 mg/dl | 329 (18.5) | 747 (24) | < 0,0001 |
| Edad (varón > 45 años, mujer > 55 años) | 1.539 (85) | 2.563 (81) | 0,001 |

Tabla 2. Clasificación de riesgo según NCEP-III.

| | Rural N (%) | Urbana N (%) | Valor p |
|------------------------------------|-------------|--------------|---------|
| Enfermedad coronaria o equivalente | 338 (18.6) | 580 (18.3) | NS |
| Múltiples factores de riesgo | 942 (51.8) | 1.678 (53.0) | NS |
| 0-1 factores de riesgo | 538 (29,6) | 910 (28.7) | NS |

RV-075

UTILIDAD DEL ÍNDICE META (IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA/IMC) PARA DETECTAR OBESIDAD EN MEDICINA INTERNA

I. García Sánchez¹, C. Pérez de Oteyza², E. Calvo², A. Castuera², C. Gilsanz² y L. Audibert²

¹Medicina Interna-Urgencias. Fundación Hospital de Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ²Medicina Interna. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Comparar la utilidad de diversos métodos de valoración nutricional en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo transversal en 136 pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna. Los pacientes se agruparon en cuatro grupos según el valor del IMC (peso/talla²): 30 pacientes con desnutrición (IMC < 20); 46 pacientes con IMC normal (20-24,9); 30 pacientes con sobrepeso (IMC: 25-30) y 30 pacientes con obesidad (IMC > 30). A todos se les determinó el pliegue cutáneo tricéptico y perímetro de la cintura. Se analizó la composición corporal por impedancia bioeléctrica (AIB), mediante un analizador portátil (MediSystem) multifrecuencia (1-150 Khz), determinando masa grasa, magro, agua corporal total (ACT) y agua intra y extracelular. Se calculó el índice meta: cociente entre el valor de la impedancia a 50 Khz. y el IMC. Análisis estadístico con el programa SPSS 11.0: análisis bivariable por ANOVA entre los cuatro grupos de pacientes, seguido de análisis multivariable por regresión logística para la presencia de obesidad.

Resultados. La presencia de sobrepeso y obesidad (IMC > 25) fue más frecuente en los pacientes mayores de 65 años y en las mujeres del estudio. Los pacientes con obesidad presentaron los valores medios más altos del pliegue tricéptico (29,24 ± 5,42) y perímetro de la cintura (111,8 ± 13,42); las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p = 0,001$) con respecto a los otros tres grupos. El valor medio de los componentes corporales obtenidos por AIB de los pacientes obesos fue: masa grasa 40,06 ± 0,99, magro 60,64 ± 11,46, ACT 44,38 ± 8,38; las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p = 0,001$). Respecto al índice meta, que en los pacientes con IMC normal fue 25,96 ± 5,21; los desnutridos presentaron los valores más altos (36,77 ± 9,36), mientras que los obesos mostraron el índice meta más bajo (15,57 ± 5,28). Si consideramos un valor de índice meta normal entre 20 y 30, los valores inferiores a 20 indican exceso de peso (sobrepeso-obesidad); con este valor, el área bajo la curva COR es de 0,819. En el presente estudio, la frecuencia de obesidad según los diversos métodos empleados fue: 22,8% por IMC (< 30); 40% por perímetro de cintura (> 102 en el hombre y > 88 en la mujer); 74,1% por masa grasa (> 20% del peso) y 30% por índice meta (< 20). El análisis multivariable para la presencia de sobrepeso-obesidad (IMC > 25) demostró asociación estadísticamente significativa con masa grasa > 20% ($p = 0,009$), índice meta < 20 ($p = 0,001$), perímetro de la cintura > 102 en los hombres ($p = 0,011$) y edad superior a 65 años ($p = 0,05$). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la obesidad y variables clínicas como hipertensión, diabetes o motivo del ingreso.

Discusión. Las alteraciones nutricionales por defecto y, actualmente, por exceso son un grave problema hospitalario. El IMC es una medida indirecta del grado de adiposidad, que en ocasiones infravalora el peso corporal (ancianos). El análisis por impedancia bioeléctrica (AIB) permite la medición sencilla y exacta de los componentes corporales. En nuestro estudio, la frecuencia de obesidad detectada osciló ampliamente (22,8-74%) según la técnica empleada. El porcentaje de obesidad detectado según el índice meta fue similar al de otros estudios (20-30%); en cambio el valor de la masa grasa, que aumenta fisiológicamente con el envejecimiento, puede sobrestimar la frecuencia de obesidad en una población con predominio de ancianos, como ocurre en los servicios de Medicina Interna.

Conclusiones. En los servicios de Medicina Interna esta aumentado la prevalencia de la obesidad. El índice meta, que asocia la impedancia con el IMC, puede ser considerado como un indicador fiable de sobrepeso y obesidad.

RV-076

LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN EL POSTPRANDIO TRAS DIETAS CON DIFERENTE COMPOSICIÓN GRASA ESTÁ MODULADA POR LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA

B. Cortés Rodríguez, A. Lozano Rodríguez-Mancheño, J. Moreno, E. Sánchez García, A. García Ríos, P. Pérez Martínez, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez
Medicina Interna. Unidad de Lípidos. Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Evaluar si la sensibilidad a la insulina determina el efecto de la ingesta de tres dietas con diferente composición grasa sobre la función endotelial en la situación postprandial.

Material y métodos. Veinte varones sanos fueron sometidos a tres períodos de intervención dietética de 4 semanas de duración, en un diseño randomizado y cruzado. La composición de las tres dietas administradas fue: Dieta rica en ácidos grasos monoinsaturados (MUFA) procedente de aceite de oliva: < 10% ácidos grasos saturados (SAFA), 24% MUFA, 4% ácidos grasos poliinsaturados (PUFA) (0,4% ácido α -linolénico, α -la); Dieta rica en SAFA (22% SAFA, 12% MUFA, 4% PUFA, 0,4% α -la); Dieta rica en PUFA de origen vegetal (N3) (< 10% SAT, 12% MUFA, 8%PUFA, 2% α -la). Al final de cada período de intervención dietética, se sometieron a una sobrecarga de grasa con 1 g de grasa/Kg de peso (65% grasa), de composición igual a la del período de intervención dietética. La función endotelial microvascular se midió mediante Láser Doppler en las horas 0, 2, 4, 6 y 8 tras la sobrecarga. La sensibilidad a la insulina en estado basal se determinó mediante el índice Quantitative Insulin Sensitivity Check Index (QUICKI) ($1/\log(\text{Insulina})^{\log(\text{glucosa})}$), clasificando a los pacientes en dos grupos en función de este índice
Resultados. En los sujetos con menor sensibilidad a la insulina, la

ingesta de una dieta rica en N3 indujo una mayor disfunción endotelial respecto a las de la dieta rica en SAFA ($p = 0,041$) y la rica en MUFA ($p = 0,036$). Por el contrario, el grupo con mayor sensibilidad a la insulina presentó una mejor respuesta vasodilatadora dependiente de endotelio tras la sobrecarga con N3, significativa respecto a la de SAFA ($p = 0,048$).

Conclusiones. La disfunción endotelial postprandial está influenciada por la resistencia a la insulina, de manera que actúa modulando las variaciones en la función endotelial postprandial interaccionando con el tipo de grasa de la dieta.

RV-077

POLIMORFISMO -516C/T EN EL PROMOTOR DE LA APO B MODIFICA LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA EN HOMBRÉS SANOS

A. García Ríos, P. Pérez Martínez, E. Muñoz, J. Paniagua, P. Gómez, F. Fuentes, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez
Medicina Interna. Unidad de Lípidos. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Analizar si la presencia del polimorfismo -516C/T en el promotor de la apoB, que determina el riesgo de enfermedad arteriosclerótica, también influye sobre la sensibilidad a la insulina, en función del tipo de alimentación ingerida.

Material y métodos. Se seleccionaron 59 voluntarios sanos (30 hombres y 29 mujeres), que recibieron tres tipos distintos de alimentación, en periodos de 4 semanas cada uno. Comenzaron con una fase rica en grasa saturada (SAT) (38% grasa, 20% SAT) y, seguidamente, se les administró de forma aleatorizada y cruzada una dieta rica en hidratos de carbono (CHO) (30% grasa, < 10% SAT, 55% hidratos de carbono) y una dieta mediterránea, rica en aceite de oliva (MONO) (38% grasa, 22% MONO). Al final de cada período se determinó la sensibilidad a la insulina mediante el test de supresión con somatostatina, determinando la glucosa media en la fase de equilibrio, como medida directa de la sensibilidad periférica a la insulina. El polimorfismo se determinó por PCR obteniéndose la siguiente distribución alélica: 36 -516C/C (19 hombres y 17 mujeres) y 23 -516C/T (11 hombres y 12 mujeres).

Resultados. Los hombres portadores del genotipo -516C/T presentaron un descenso en los niveles de glucemia media, en la fase de equilibrio, tras sustituir la dieta rica en grasa saturada ($9,18 \pm 1,35$ mmol/L), con respecto a la dieta CHO ($6,31 \pm 0,93$ mmol/L) y la dieta MONO ($6,55 \pm 0,74$ mmol/L) de un 31% y un 28% respectivamente ($p = 0,040$). Por el contrario dicho efecto no se observó en los hombres con el genotipo -516C/C. Además los hombres -516C/T presentaron mayores niveles de ácidos grasos no esterificados tras el consumo de la dieta SAT comparada con las otras dos dietas ($p = 0,001$). No se observaron diferencias en el grupo de las mujeres ($p = 0,908$).

Discusión. Nuestros datos muestran que los hombres portadores del alelo minoritario -516/T, presentan una menor sensibilidad a la insulina tras el consumo de una dieta SAT frente a una dieta CHO o MONO. Así, estos datos sugieren que el polimorfismo -516C/T en el promotor de la apoB influye en la variabilidad del riesgo cardiovascular.

Conclusiones. La presencia del polimorfismo -516C/T en el promotor de la apoB modifica la sensibilidad a la insulina tras el consumo de dietas con diferente composición grasa en hombres sanos.

RV-078

MEDICIÓN MANUAL/AUTOMÁTICA Y TASAS DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

N. Marín Montanes y J. Combalía Romera

Departamento Médico. Laboratorios Vita Científica S.L.
Sant Joan Despí, Barcelona.

Objetivos. Comprobar posibles diferencias en los valores de presión arterial y las tasas de control tensional obtenidas al realizar las mediciones de la PAS/PAD mediante el sistema manual y un sistema automático homologado.

Material y métodos. Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, distribuido por todo el territorio nacional. Un total de

2676 pacientes fueron considerados valorables al ser mayores de 18 años y tener diagnóstico previo de Hipertensión arterial. Con la colaboración de 470 médicos de atención primaria, se realizaron de forma consecutiva las medidas de PAS/PAD a cada paciente con el sistema de medición manual, siguiendo los estándares nacionales, y con un sistema automático homologado. Se consideraron valores de PAS/PAD controlados cuando cumplían los criterios que establecen el ESH y el JNC-VII: < 140/90 mmHg para pacientes no diabéticos o sin insuficiencia renal, < 130/80 mmHg para pacientes diabéticos y/o con insuficiencia renal (proteinuria < 1g/24 h) o bien < 120/75 mmHg para pacientes con insuficiencia renal (proteinuria > 1 g/24 h).

Resultados. El 54,5% de los pacientes del estudio fueron mujeres. La edad media de ambos sexos fue de 65,1 años. La prevalencia de diabetes mellitus e insuficiencia renal fue del 24,9% y 6,0% respectivamente. El 96,2% de los pacientes hipertensos recibían terapia farmacológica, constituida en el 52,6% de los casos valorables por la monoterapia (15,5% alfa-bloqueantes y 14,4% alfa-beta-bloqueantes). Las combinaciones antihipertensivas más frecuentes fueron: diurético + IECA (13,8%), diurético + ARA II (9,0%), IECA + Calcioantagonista (7,5%). Los valores de PAS/PAD medios obtenidos mediante el sistema manual fueron inferiores a los obtenidos mediante el sistema automático (143,2/83,1 mmHg versus 145,9/83,8 mmHg) (Test Wilcoxon, p-valor < 0,001); la tasa de control tensional obtenida mediante el sistema manual fue superior a la obtenida mediante el sistema automático (27,1%, versus 25,8%) (McNemar, p-valor < 0,05). Mediante un Modelo Lineal Generalizado (MLG) se comprobó como las variables: sexo, patologías concomitantes (diabetes/insuficiencia renal) y terapia farmacológica, no evidenciaban relación con el sistema de medición arterial utilizado. En cambio si se encontraron diferencias para los valores de PAS/PAD entre el sistema manual y automático en función de la edad, obteniendo valores de PAS marcadamente superiores en el grupo de pacientes con edades > = 65 (145,3 mmHg manual versus 148,6 mmHg automático) con respecto los pacientes < 65 años (140,7 mmHg manual versus 142,6 mmHg automático) (MLG, medidas repetidas, $p < 0,001$).

Conclusiones. Existen claras diferencias en cuanto a los valores de presión arterial que se obtienen con el sistema de medición manual y automático. Los sistemas de medición automáticos, pueden estar sobreestimando los valores de presión arterial y subestimando la tasa de control arterial especialmente en pacientes ancianos. Dadas las amplias repercusiones que las diferencias tensionales según sistema de medición pueden tener en las decisiones terapéuticas, se plantea la necesidad de registrar/unificar el sistema de medición arterial en el ámbito de atención primaria.

RV-080

RESISTENCIA A LA INSULINA EN HIPERTENSOS

B. Gil Extremera, A. Maldonado Martín, J. Soto Más,

P. Jiménez López, M. Martínez Miras, L. Soriano

Carrascosa, E. García Peñalver y A. Martín Salguero

Servicio de Medicina Interna A. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Estudiar los factores de RCV en pacientes hipertensos en relación a que presente o no resistencia a la insulina. El síndrome metabólico ó síndrome X agrupa a varios factores de riesgo cardiovascular (RCV) y su componente principal es la resistencia a la insulina.

Material y métodos. En 278 pacientes hipertensos atendidos en una Unidad especializada de 51.97 \pm 13 años de edad, se ha calculado el índice de resistencia a la insulina mediante la fórmula: glucosa (mg/dl) en ayunas x insulina (microUI/dl) en ayunas/405, se considera patológico cuando es mayor a 3.8.

Resultados. El índice de resistencia a la insulina ha oscilado entre 0,38 y 21,16 ($X = 3 \pm 2$). De todos los pacientes, 65 (43 varones y 22 mujeres) presentan valores superiores a 3.8 y un IMC mayor a 27 kg/m².

Conclusiones. Los hipertensos con resistencia a la insulina presentan todos sobrepeso u obesidad y niveles inferiores de HDL-c y superiores de TG y microalbuminuria respecto a los hipertensos que no son insulínresistentes.

Comparación de las variables lipídicas (colesterol total (CT), triglicéridos (TG), LDL-c y HDL-c) en mg/dl y de microalbuminuria (mg/dl) según que el índice de resistencia a la insulina sea superior o inferior a 3.8. * = p < 0,05 vs > 3.8.

| Índice | CT | TG | LDL-c | HDL-c | Microalbuminuria |
|--------|-----|------|-------|-------|------------------|
| > 3,8 | 219 | 163 | 142 | 45 | 19 |
| < 3,8 | 216 | 129* | 139 | 52* | 9* |

RV-081
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ICTUS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

R. Cañizares Navarro¹, E. Vicente Rubio¹, J. Merino¹, D. Orozco², V. Pedrera² y V. Gil²

¹Medicina Interna. San Juan, Alicante. ²Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. San Juan, Alicante.

Objetivos. Conocer los factores clásicos de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con ictus que han sido atendidos en un programa de cheque preventivo y definir nuevos FRCV.

Material y métodos. Se evaluaron inicialmente 18.953 pacientes voluntarios que entraron en el programa de prevención. La Autoridades Sanitarias de la Comunidad valencia ofrecieron mediante vía postal a todos los ciudadanos de la Comunidad Valencia la posibilidad de realizarse un chequeo gratuito en los centros de salud. Se recogieron datos de todos los chequeos realizados: edad, sexo, historia de hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes y habito tabaquico. Se midieron las cifras de tensión arterial IMC y cifras de lípidos. Los criterios para el buen control de FRCV son los aceptados en las Guías Internacionales para prevención secundaria. Se considera un paciente en riesgo si su TA es mayor o igual a 140/90 mmHG, su colesterol total es mayor de 250 mgdl, glucemia basal mayor o igual a 126 mg%, fumadores activos, sobrepeso (IMC > 25) o obesidad (IMC > 30).

Resultados. La mediana de edad fue de 55.6 ± 10,5 años y el 56.6% eran varones. 36.7% tenían hipertensión, 27.2% hipercolesterolemia, 22.1% eran diabéticos, 30,9% fumaban. 49,9% tenían sobrepeso y el 25.4% eran obesos. La median de valores de TAS era 130,6 ± 18 mmHg y TAD era de 79,3 ± 10,6 mmHG. La glucemia basal era de 105.3 ± 30,9 mg%, Colesterol total 209 ± 36.4 mg/dl, HDL 62.8 ± 46 mg/dl Triglicéridos 131.4 ± 96.3 mg/dl LDL 130,8 ± 34.2 mG7dl y IMC 28.2 ± 9,8. El buen control de la tensión arterial fue del 26.4%, para el colesterol total del 40,2% y para la glucosa 63.8%: En un 6.1% de estos pacientes se descubrió nuevos FRCV: 34.2% con HTA, 11.1% con hipercolesterolemia y 8.2% con diabetes.

Conclusiones. En pacientes con antecedentes de ictus existe una elevada prevalencia de FRCV y su control es inadecuado. El programa de prevención detectó un importante numero de pacientes con FRCV desconocidos y la mayoría de ellos eran hipertensos.

RV-082
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

J. Merino¹, E. Vicente Rubio¹, R. Cañizares Navarro¹, D. Orozco¹, V. Gil¹, V. Pedrera¹ y M. Gracia Ruiz de Alda²

¹Medicina Interna. San Juan, Alicante. ²Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. San Juan, Alicante.

Objetivos. Conocer los factores clásicos de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con enfermedad coronaria que han sido atendidos en un programa de cheque preventivo y definir nuevos FRCV.

Material y métodos. Se evaluaron inicialmente 18.953 pacientes voluntarios que entraron en el programa de prevención. La Autoridades Sanitarias de la Comunidad valencia ofrecieron mediante vía postal a todos los ciudadanos de la Comunidad Valencia la posibilidad de realizarse un chequeo gratuito en los centros de salud. Se recogieron datos de todos los chequeos realizados: edad, sexo, histo-

ria de hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes y habito tabaquico. Se midieron las cifras de tensión arterial IMC y cifras de lípidos. Los criterios para el buen control de FRCV son los aceptados en las Guías Internacionales para prevención secundaria. Se considera un paciente en riesgo si su TA es mayor o igual a 140/90 mmHg, su colesterol total es mayor de 250 mgdl, glucemia basal mayor o igual a 126 mg%, fumadores activos, sobrepeso (IMC > 25) o obesidad(IMC > 30).

Resultados. La mediana de edad fue de 57.6 ± 10,7 años y el 60,1% eran varones. 44% tenían hipertensión, 34.9% hipercolesterolemia, 23.8% eran diabéticos, 25.8% fumaban. 47.9% tenían sobrepeso y el 32.2% eran obesos. La mediana de valores de TAS era 131.7 mmHg y TAD era de 78.6 ± 10,3 mmHG. La glucemia basal era de 109,5 ± 34.6 mg%, Colesterol total 204.9 ± 36.3 mg/dl, HDL 57.2 ± 24 mg/dl Triglicéridos 133 ± 87 mg/dl LDL 128.7 ± 335.2 mG/dl y IMC 29,2 ± 12.8. El buen control de la tensión arterial fue del 26.7%, para el colesterol total del 45.7% y para la glucosa 68.9%: En un 8% de estos pacientes se descubrió nuevos FRCV: 34.2% con HTA, 8.8% con hipercolesterolemia y 8.6% con diabetes.

Conclusiones. En pacientes con antecedentes de enfermedad coronaria existe una elevada prevalencia de FRCV y su control es inadecuado. El programa de prevención detectó un importante numero de pacientes con FRCV desconocidos y la mayoría de ellos eran hipertensos.

RV-083
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL SÍNDROME METABÓLICO ENTRE HOMBRES/MUJERES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ACTIVA. GRUPO CLYDIA

P. Conthe Gutiérrez¹, E. Alegria Ezquerro², V. Bertomeu González³, I. Conget Donlo⁴, J. González Juanatey⁵, J. Palma Gámiz⁶, M. Serrano Ríos⁷ y Grupo CLYDIA⁸

¹Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

²Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona, Navarra.

³Cardiología. Hospital Universitario. San Juan de Alicante.

⁴Endocrinología. Hospital Clinic. Barcelona

⁵Cardiología. Complejo Hospitalario Univ. De Santiago.

⁶Cardiología. Hospital Santiago de Compostela, A Coruña.

⁷Medicina Interna. Complejo Hospitalario San Carlos. Madrid.

⁸Grupo. Corazón. Diabetes. España.

Objetivos. Evaluar la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM). Determinar los factores relacionados con el diagnóstico de SM en función del género en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV).

Material y métodos. Estudio epidemiológico, transversal, descriptivo, multicéntrico, nacional, multidisciplinario (ámbitos de atención primaria, cardiología, endocrinología y medicina interna) en pacientes con ECV (infarto de miocardio, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular isquémica y/o enfermedad vascular periférica) para valorar las características diferenciales del SM y perfil global de riesgo así como posibles diferencias en la aproximación terapéutica. 1313 pacientes (913 varones y 400 mujeres) con diagnóstico de ECV, fueron considerados valorables para este análisis. El diagnóstico de SM se estableció mediante los criterios ATP-III por los que la conjunción de ≥ 3 de los componentes de riesgo cardiovascular (CRCV): HTA ≥ 130/85 mmHg, glucemia en ayunas (GLU) > 110 mg/dl, colesterol HDL < 40 mg/dl en hombres o < 50 mg/dl en mujeres, obesidad abdominal (OA) > 102 cm en hombres o > 88 cm en mujeres y triglicéridos(TG) ≥ 150 mg/dl confirmaban el diagnóstico positivo de SM.

Resultados. En mujeres, la prevalencia de SM fue del 51,5% mientras que en varones fue del 31,8% (p. χ^2 , p < 0,0001). En la descripción demográfica se encontraron diferencias en función del género, obteniéndose en mujeres mayor edad media (70,1 años versus 65,6 años), mayor IMC (30,7 kg/m² versus 29,1 kg/m²) (prueba χ^2 , p < 0,0001) y menor talla (155,5 cm versus 167,6 cm), peso (74,0 kg versus 81,8 kg) y perímetro abdominal (100,4 cm versus 103,3 cm) (prueba χ^2 , p < 0,0001). También se encontraron diferencias en el estilo y hábitos de vida, observándose en hombres mayor hábito tabáquico (21,7% versus 3,0%), mayor consumo esporádico de alcohol (52.6% versus 7,0%) y que referían practicar con mayor frecuencia actividad física (ejercicio habitual 14,7% vs 5,5%, prueba χ^2 , p < 0,0001). Para los distintos CRCV del SM

también se observaron diferencias entre géneros obteniendo en mujeres la siguiente prevalencia de los componentes del SM: la OA fue del 96,6% frente al 80,0% obtenido en hombres; el colesterol HDL bajo fue del 76,2% frente al 53,4% en hombres (prueba χ^2 , $p < 0,05$). En hombres, el componente TG fue del 77,9% frente al 70,9% en mujeres; el componente HTA del 55,5% frente al 47,6% en mujeres; el componente GLU en ayunas del 82,8% frente al 82,5% en mujeres (prueba χ^2 , $p < 0,05$). La prevalencia de diagnóstico de diabetes mellitus (DM) fue mayor entre mujeres (70,9% vs 64,8% en hombres) (prueba χ^2 , $p < 0,0001$). No se encontraron diferencias en la terapia farmacológica entre géneros.

Conclusiones. En la población con ECV, las mujeres con respecto los varones presentaban: Una prevalencia de SM significativamente mayor (una de cada dos mujeres con ECV presentaban SM), a una edad media también más avanzada que los hombres. Mayor número de componentes del SM, una mayor prevalencia de DM, OA, colesterol HDL bajo y hábitos de riesgo diferentes al ser más sedentarias y presentar menor hábito tabáquico que los varones. Por todo lo expuesto, se observa la necesidad de intensificar la intervención preventiva sobre los estilos de vida para minimizar el impacto cardiovascular futuro del SM en la mujer.

RV-084
PREVALENCIA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ADULTOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

D. Orozco², E. Vicente Rubio¹, V. Gil², P. Roig Rico¹, T. Amorós², T. Sánchez² y J. Merino¹

¹Medicina Interna. San Juan, Alicante. ²Departamento de Medicina Interna. Universidad Miguel Hernández. San Juan, Alicante.

Objetivos. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de FRCV en nuestra comunidad.

Material y métodos. Las autoridades Sanitarias de la Comunidad Valenciana ofrecieron a sus ciudadanos la posibilidad de realizarse un chequeo en el Centro de Salud. El chequeo incluía historia clínica completa, exploración física, analítica rutinaria.

Resultados. Presentamos los resultados de la prevalencia de 18.353 chequeos relacionados con FRCV La edad media fue de 54 años (35% entre 40-49, 26% entre 50-59). El 55% eran mujeres La media de cada FRCV se presenta en la tabla.

Conclusiones. Sólo uno de cada cuatro pacientes que fueron evaluados no tenían factores de riesgo cardiovascular. El chequeo fue muy útil para evaluar factores de riesgo en nuestra comunidad.

Prevalencia de FRCV.

| | |
|------------------------------|---------------------|
| Fumadores | 23,5% |
| Hipertensión | TAS > 140 TAD > 90 |
| HTA conocida | 22% |
| Diagnosticada de nuevo | 27% |
| Hipercolesterolemia | CT > 250 |
| Hipercolesterolemia conocida | 14% |
| Diagnosticada de nuevo | 1% |
| Diabetes | glucemia > 126 mg % |
| Conocida | 7% |
| Diagnosticada de nuevo | 4% |
| IMC | |
| Sobrepeso | 45% |
| Obesidad | 28% |

RV-085
PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA ESTIMADA POR EL ÍNDICE TOBILLO BRAZO (ITB) EN PACIENTES EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

L. Pérez Alonso, I. García Polo, N. Ruiz Giménez Arrieta, F. Rodríguez Salvanes y C. Suárez Fernández

Medicina Interna. La Princesa. Madrid.

Objetivos. El ITB nos permite objetivar de forma sencilla, rápida y no invasiva la existencia de arterioesclerosis en miembros inferiores

y es un marcador de riesgo vascular. La prevalencia en nuestro medio de enfermedad arterial periférica silente es desconocida, por lo que realizamos un estudio transversal en pacientes en prevención primaria de enfermedad cardiovascular, atendidos en nuestras consultas, en los que la detección de un ITB patológico tendría implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Material y métodos. Se seleccionaron consecutivamente 44 pacientes ambulatorios de medio-alto riesgo vascular (Presencia de al menos tres factores de riesgo o existencia de diabetes mellitus), sin que hubieran presentado antecedentes de enfermedad cardiovascular o cualquier proceso de revascularización. Se realizó toma de presión arterial con doppler continuo en la arteria humeral de ambos brazos y en la arteria pedia y tibial posterior de cada pierna, calculando el ITB de acuerdo con estas ecuaciones. ITB Dcho TA max en pierna dcha ITB Izdo TA max en pierna izda TA max en brazos El ITB es el menor de ambos o el patológico. Los resultados se consideran normales entre 0,9 y 1,3.

Resultados. De los 44 pacientes que cumplen los criterios de inclusión (19 (43,2%) varones, con una edad media de 65,13 años, desviación estandar 9,48 y rango 35), 9 (20,5%) presentaron ITB patológico (2 varones, edad media 68,4 años, desviación estandar 10,16). De los 9 pacientes, 5 (55,6%) eran diabéticos y 4 (44,4%) no lo eran pero presentaban varios factores de riesgo vascular. No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia de ITB patológico y la presencia de diabetes. Tampoco existen diferencias significativas en la prevalencia por sexos.

Conclusiones. Aproximadamente un 20% de los pacientes en prevención primaria pero con riesgo vascular moderado-alto tienen enfermedad arterial periférica silente. Este hallazgo contribuiría a cambiar la estratificación de riesgo y la actitud terapéutica, ya que implica la necesidad de antiagregación y de tratamiento con estatinas así como la búsqueda de objetivos más estrictos en el control de otros factores de riesgo.

RV-086
CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE TOBILLO BRAZO (ITB) Y LA PRESIÓN DE PULSO (PP) EN PACIENTES EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

I. García Polo, L. Pérez Alonso, N. Ruiz Giménez Arrieta, F. Rodríguez Salvanes y C. Suárez Fernández

Medicina Interna. La Princesa. Madrid.

Objetivos. El ITB es un método diagnóstico de enfermedad arterial periférica. Nuestro estudio trata de observar si este parámetro se relaciona con otro marcador de arterioesclerosis como es la presión de pulso.

Material y métodos. Se seleccionaron consecutivamente 44 pacientes ambulatorios de riesgo vascular medio-alto (Presencia de al menos tres factores de riesgo vascular o existencia de diabetes mellitus), sin que hubieran presentado antecedentes de enfermedad cardiovascular o cualquier proceso de revascularización. La edad media de nuestros pacientes es 64 años, con edades comprendidas entre 45 y 80, Se realizó toma de presión arterial con doppler continuo en la arteria humeral de ambos brazos y en la arteria pedia y tibial posterior de cada pierna, calculando el ITB de acuerdo con estas ecuaciones. ITB Dcho TA max en pierna dcha ITB Izdo TA max en pierna izda TA max en brazos El ITB es el menor de ambos o el patológico. Los resultados se consideran normales entre 0,9 y 1,3. La PP es la diferencia entre la presión arterial sistólica y la diastólica.

Resultados. De los 44 pacientes que cumplen los criterios de inclusión (19 (43,2%) varones, con una edad media de 65,13 años, desviación estandar 9,48 y rango 35), 9 (20,5%) presentaron ITB patológico (2 varones, edad media 68,4 años, desviación estandar 10,16). En la población global la PP tiene un valor medio de 58 con desviación estandar de 21,84. En los pacientes con ITB patológico la PP tiene un valor de 84,22 con desviación estandar de 19,63. En nuestra muestra no existe correlación estadísticamente significativa entre ambos marcadores de aterosclerosis. (Coeficiente de correlación de -0,165, $p > 0,283$).

Conclusiones. Aproximadamente un 20% de los pacientes en prevención primaria pero con riesgo vascular moderado-alto tienen enfermedad arterial periférica silente. Sin embargo no encontramos

asociación entre el ITB y la PP. Ello puede ser debido a un tamaño muestral pequeño y a que la edad media de nuestros pacientes no es muy elevada. Por ello, hasta la realización de estudios con más pacientes y en personas de mayor edad, la presión de pulso no es válida para seleccionar aquellos pacientes en los que debemos realizar un ITB.

RV-087 CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE TOBILLO BRAZO (ITB) Y EL FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO EN PACIENTES EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

M. Del Palacio Tamarit, L. Pérez Alonso, I. García Polo, N. Ruiz Giménez Arrieta, F. Rodríguez Salvanes y C. Suárez Fernández

Medicina Interna. La Princesa. Madrid.

Objetivos. El ITB es un método diagnóstico de enfermedad arterial periférica, con una correlación importante con la afectación arteriosclerótica concomitante. La insuficiencia renal, por enfermedad vasculo-renal intra o extraparenquimatosa, coexiste frecuentemente en este tipo de pacientes. Nuestro estudio intenta verificar si existe asociación entre el ITB y el filtrado glomerular.

Material y métodos. Se seleccionaron consecutivamente 44 pacientes ambulatorios de riesgo vascular medio-alto (Presencia de al menos tres factores de riesgo vascular o existencia de diabetes mellitus), sin que hubieran presentado antecedentes de enfermedad cardiovascular o cualquier proceso de revascularización. Se realizó toma de presión arterial con doppler continuo en la arteria humeral de ambos brazos y en la arteria pedia y tibial posterior de cada pierna, calculando el ITB de acuerdo con estas ecuaciones. $ITB = \frac{Dcho}{TA} \times \frac{TA}{Dcho}$. TA_{max} en pierna dcha $ITB = \frac{TA_{max}}{Dcho}$. TA_{max} en pierna izda $ITB = \frac{TA_{max}}{Dcho}$. Los resultados se consideran normales entre 0,9 y 1,3. El filtrado glomerular se calculó según el índice de Cockcroft y Gault: $Ccr (ml/min) = \frac{140 - edad}{72} \times \frac{Peso (kg)}{Cr (plasma)}$ ($\times 0,85$ en mujeres), tomando datos analíticos pertenecientes a los tres últimos meses antes de la consulta.

Resultados. De los 44 pacientes, que cumplen los criterios de inclusión (19 (43,2%) varones, con una edad media de 65,13 años, desviación estándar 9,48 y rango 35), 9 (20,5%) presentaron ITB patológico (2 varones, edad media 68,4 años, desviación estándar 10,16). En la población global el aclaramiento de creatinina tiene un promedio de 74,7 con desviación estándar de 27,32. En el subgrupo de ITB alterado estos valores son 66,02 y 32,03 respectivamente. No se ha hallado asociación estadísticamente significativa entre valores alterados del ITB y el aclaramiento de creatinina (Coeficiente de correlación de Pearson -0,13, p 0,937).

Conclusiones. Aproximadamente un 20% de los pacientes en prevención primaria pero con riesgo vascular moderado-alto tienen enfermedad arterial periférica silente, que no se asocia a una mayor frecuencia de alteración filtrado glomerular. Ello puede ser debido al escaso tamaño muestral o al predominio de la nefroangioesclerosis y la afectación de pequeños vasos en la etiología de la insuficiencia renal en estos pacientes.

RV-088 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

M. Peris¹, B. Roca², J. de Lera¹, M. Cubedo³ y J. Ferrero⁴

¹Medicina Interna, ²Medicina Intensiva, ³Análisis Clínicos. Hospital General. Castellón (CS). ⁴Med. Interna, Hosp. General de Castellón. Dpto. de Medicina, UV. Castellón y Valencia (CS y V).

Objetivos. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica y uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Su prevalencia varía de unas regiones a otras, pero en general, en los países desarrollados, ha ido aumentando en las últimas décadas. Ello se ha debido presumiblemente al incremento del sedentarismo y la obesidad, y a la mayor longevidad de la población. El conocimiento de la epidemiología de esa enfermedad es fundamental para planificar adecuadamente su asistencia. Sin embargo su auténtica

prevalencia es desconocida en muchas regiones de España. En la presente comunicación se describe la epidemiología de la DM2 en una amplia muestra de población, representativa de toda la provincia de Castellón.

Material y métodos. Estudio transversal para determinar la prevalencia de DM2 y la asociación de otros factores de riesgo cardiovascular con la DM2 en la provincia de Castellón, basado en la Cohorte Castellón. Dicha cohorte incluye a un total de 1111 personas, de edades entre los 30 y los 59 años, seleccionadas el año 2001 de un modo aleatorio tras la estratificación de la población total de la provincia en grupos de edad, género y tipo de localidad de residencia. La inclusión de participantes se realiza en 2001 y 2002, y los datos de cada uno de ellos se recogen mediante una entrevista personal, exploración física, y extracciones de muestras de sangre capilar y venosa. Para establecer el diagnóstico de DM2 se siguen los criterios de la ADA de 1997.

Resultados. El total de personas con DM2 es de 170, y por tanto la prevalencia de la enfermedad en la cohorte es de 15,3%. En 96 personas (8,6%) la DM2 era ya conocida, pero en 74 (6,7%) era desconocida. La DM2 era desconocida en 42 varones (7,5% de los varones) y en 32 mujeres (5,8%) (P = 0,245). La enfermedad era desconocida en 3 personas con edad comprendida entre los 30 y los 39 años (1,5% de los de ese grupo de edad), en 21 personas con edad comprendida entre los 40 y los 49 años (5,6%) y en 50 personas con edad comprendida entre los 50 y los 59 años (9,3%) (P = 0,001). La prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular en las 170 personas con DM2 es la siguiente: 83 (48,8%) tienen un índice de la masa corporal > 27 kg/m²; 55 (32,4%) son fumadores, 17 (10,0%) son ex-fumadores desde hace al menos dos meses, y 97 (57,1%) no han fumado nunca; el colesterol HDL es < 41 mg/dl en 28 (16,5%) y > 60 mg/dl en 46 (27,0%); el colesterol LDL es > 150 mg/dl en 63 (37,0%) y los triglicéridos son > 199 en 76 (44,7%); la presión arterial sistólica es > 129 mm Hg en 118 (69,4%) y la presión arterial diastólica es > 79 mm Hg en 97 (57,0%); y 62 (36,5%) tienen antecedentes familiares de DM2.

Discusión. La prevalencia de DM2 en los distintos países europeos oscila entre el 2 y el 6% de la población general, aunque el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 50 y el 80% de los casos están sin diagnosticar. En cinco estudios realizados en los últimos 20 años en España, en las comunidades autónomas de Castilla-León, País Vasco, Aragón, Cataluña y Castilla-La Mancha, se han detectado prevalencias de la enfermedad que oscilan entre el 5,6% y el 7,2%. Nuestro estudio refleja una prevalencia de DM2 conocida ligeramente más alta que en los otros estudios, y confirma las estimaciones de los expertos de la OMS en lo referente a la prevalencia de DM2 no diagnosticada. Dada la importancia de la DM2 como factor de riesgo cardiovascular y las posibilidades que existen para controlarla y evitar sus efectos patógenos, sería muy importante establecer programas para la detección precoz y el control de la enfermedad en nuestro país.

Conclusiones. En la provincia de Castellón, en personas de 30 a 59 años, hemos encontrado un prevalencia global de DM2 del 15,3%. Casi la mitad de casos han sido diagnosticados al realizar el estudio. Los casos sin diagnosticar son más frecuentes en las personas de grupos de edades mayores. La hipertensión arterial es muy prevalente en las personas con DM2.

RV-089 METAANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ANTIHIPERTENSIVA DE LOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES AT1 DE LA ANGIOTENSINA II (ARA II) ESTUDIADA MEDIANTE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

M. Fabiá Valls, N. Abdilla, R. Oltra, F. Martínez, C. Fernández, M. Forner y V. Oliver y J. Redón

Unidad de Hipertensión y Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. Estudiar la actividad antihipertensiva y los factores que la determinan de los ARA II, en base a los estudios publicados en la literatura realizados con monitorización ambulatoria de la PA de 24 ó 48 horas.

Material y métodos. Se han incluido todos los estudios de eficacia antihipertensiva con MAPA de 24 horas o más publicados en revis-

tas de «peer-review» (MEDLINE). Los valores absolutos de reducción de PAS y PAD clínica, de 24 horas, período día, noche, últimas cuatro horas de tratamiento y más allá de las 24 horas (en estudios de supresión de dosis), ajustados por el tamaño muestral, se han relacionado con los valores iniciales de PA y dosis de los fármacos utilizados.

Resultados. Un total de 96 cohortes con 11020 pacientes fueron válidos para el análisis [placebo 10 (610), amlodipino 11 (1067), hidroclorotiazida 8 (606), enalapril 3 (165), ARA II 47 (7047) y ARA II + tiazida 17 (1534)]. La reducción de la PAS y PAD tanto clínica como ambulatoria fue proporcional a la PA al inicio del tratamiento y a la dosis del fármaco administrado en los pacientes tratados con amlodipino o tiazida, en contraposición a los pacientes tratados con ARA II en los que no se apreciaba tal relación. Entre los ARA II [losartán 8 (611), valsartán 14 (2008), irbesartán 6 (625), candesartán 4 (572), telmisartán 10 (2473), eprosartán 2 (122), olmesartán 3 (636)] existían diferencias en la reducción de los niveles de PA ambulatoria dependientes del fármaco utilizado. La dosis, mientras que no influenciaba la magnitud de la reducción de los valores de PAS, sí que mostraba un impacto significativo en la duración de la actividad antihipertensiva a lo largo de las 24 horas. La adición de tiazidas a los ARA II [17 estudios (1534)] incrementó de forma significativa la magnitud de la reducción de la PA.

Conclusiones. Los ARA II son fármacos antihipertensivos que, con diferente actividad entre los miembros del grupo, reducen los valores de PAS y PAD independientemente de los valores iniciales y la dosis utilizada. La dosis, sin embargo, influye en la duración de la actividad antihipertensiva.

RV-090

EFFECTO DE LA SUSTITUCIÓN DE LA GRASA SATURADA CON DIFERENTES PROPORCIONES DE CARBOHIDRATOS Y GRASA MONOINSATURADA SOBRE LA DISTRIBUCIÓN CORPORAL Y EL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN PACIENTES PREDIABÉTICOS

A. Gallego de la Sacristana¹, J. Paniagua González¹, M. Sánchez García¹, I. Romero García¹, J. Latre Romero², F. Fuentes Jiménez¹, J. López Miranda¹ y F. Pérez Jiménez¹
¹Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis,
²Medicina Nuclear. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Estudiar los efectos de la sustitución isocalórica de grasa saturada (SAT) por carbohidratos (CH) o grasa monoinsaturada (MUFA) sobre la distribución corporal y el metabolismo hidrocarbonado en pacientes prediabéticos con obesidad central.

Material y métodos. De una muestra de 59 pacientes con padres obesos y diabéticos tipo 2, se seleccionaron 22 sujetos sanos no diabéticos, con un perímetro abdominal > 88 cm (mujeres) o > 102 cm (hombres), IMC > 25 kg/m² y HbA1c < 6.5%. Finalmente, se incluyeron en el estudio 11 sujetos que tras un test de tolerancia oral a la glucosa tenían un índice de sensibilidad a la Insulina de Matsuda (ISIm) < 4. Los pacientes realizaron tres periodos de dieta de 4 semanas. La fase I consistió en una dieta rica en SAT [47% CH, 15% PROT y 38% GRASAS (21% SAT, 10% MUFA, 6.3% PUFA, 0.7% ácido linoléico)]. En la fase II, por diseño randomizado y cruzado todos recibieron dos dietas isocalóricas: 1. Dieta rica en MUFA [47% CH, 15% PROT y 38% GRASAS (21% MUFA, 10% SAT, 6.3% PUFA, 0.7% ácido linoléico)]; 2. Dieta rica en CH [65% CH, 15% PROT y 20% GRASAS (6% SAT, 8% MUFA, 5.3% PUFA, 0.7% ácido linoléico)]. Se realizó calorimetría indirecta basal y se aplicó la fórmula de Harris-Benedict para el cálculo de las dietas isocalóricas. Tras cada periodo, se estimó la composición corporal por densitometría (DEXA) e impedanciometría, y se hizo una calorimetría indirecta basal. Se midieron los niveles basales de glucosa, insulina, proinsulina y HbA1c.

Resultados. Los pacientes (7 M, 4 V) tenían una edad de 62.3 ± 9.4 años, un IMC de 32.62 ± 7.8 kg/m², un perímetro abdominal de 106.3 ± 2.6 cm (V) y 112.8 ± 7.7 cm (M), una HbA1c de 6.07 ± 0.5% y un ISIm de 2.99 ± 0.95. El IMC, perímetro abdominal, masa magra y masa grasa total no se modificaron. Sin embargo, el porcentaje y la cantidad absoluta de tejido adiposo en tronco incrementó con la dieta rica en CH al compararla con SAT (41.07 ± 2.55% vs 39.14 ± 2.41%, p < 0,01; 16459 ± 1553 g vs 14385 ± 1503 g, p < 0,05). El gasto energético basal y el cociente respirato-

rio no cambiaron. Los niveles de HbA1c de la dieta SAT (5.745 ± 0,1%) disminuyeron significativamente con MUFA (5.395 ± 0,1%, p < 0,01, r = 0,67) y CH (5.4 ± 0,1%, p < 0,01, r = 0,82). La glucemia basal de la dieta SAT (87.91 ± 5.4 mg/dL) descendió con MUFA (79,55 ± 3.9 mg/dL, p < 0,05, r = 0,72) y CH (73.6 ± 2.5 mg/dL, p < 0,05, r = 0,83). Igualmente, la resistencia a la insulina estimada por HOMA-IR de la dieta SAT (2.47 ± 0,43) fue menor con MUFA (1.64 ± 0,34, p < 0,05, r = 0,83) y CH (1.65 ± 0,28, p < 0,05, r = 0,81). La proinsulinemia basal fue menor con la dieta MUFA (8.7 ± 2.3 pmol/L) que tras las dietas SAT (11 ± 2.6 pmol/L, p < 0,05 r = 0,95) y CH (9,52 ± 1.39 pmol/L, p < 0,05, r = 0,81).

Discusión. Estos resultados apoyan la sustitución de la grasa saturada por grasas monoinsaturadas, componentes de la dieta mediterránea, pues reduce los parámetros de resistencia a la insulina.

Conclusiones. La sustitución isocalórica de una dieta rica en grasa saturada por grasa monoinsaturada o carbohidratos mejoró la glucemia basal, la HbA1c y el HOMA-IR en sujetos prediabéticos sin modificar el peso. Sin embargo, la dieta rica en HC aumentó la grasa a nivel central, mientras que los niveles de insulina y proinsulina fueron menores con grasa monoinsaturada.

RV-091

FACTORES DE RIESGO Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO VASCULAR GLOBAL EN UNA POBLACIÓN LABORAL CORRESPONDIENTE A TODAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS

M. Sánchez Chaparro¹, J. Román García¹, E. Calvo Bonaco¹, A. Fernández Meseguer², J. Sainz Gutiérrez¹, M. Cabrera Sierra¹, A. Gálvez Moraleda¹ y A. González Quintela¹

¹Dirección Médica de Contingencias Comunes, ²Dirección de Prevención. Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 274. Madrid.

Objetivos. a) Analizar la prevalencia de factores de riesgo vascular (FRV) en una amplia población laboral, en la que se encuentran representadas todas las Comunidades Autónomas españolas; b) Estratificar el riesgo vascular global (RV) y c) Dado el origen laboral de la población, análisis de la prevalencia de los FRV en los distintos sectores de actividad profesional.

Material y métodos. Estudio observacional y transversal. Desde el 3 de mayo 2004 a 31 de marzo 2005, se incluyeron 216.914 trabajadores, correspondientes a todas las Comunidades Autónomas españolas. Se cumplimentaron los ítems cardiovasculares, dos mediciones de presión arterial (OMROM M4I), peso, talla, perímetro de cintura y parámetros bioquímicos. El cálculo del RV se obtuvo mediante el modelo Score Europeo, adaptado por la Guía Europea de Prevención Cardiovascular, para países de bajo riesgo. También se consideró como Alto Riesgo si el riesgo relativo (RR) era mayor de 4.

Resultados. La edad media de la población fué de 36,4 años (73,1% varones). Se observaron las siguientes prevalencias: fumadores 49,2%, presión arterial \geq 140/90 mmHg 22,1%, dislipemia 64,2%, colesterol total \geq 240 mg/dl 15,1%, HDL-colesterol bajo (< 40 mg/dl -varones- / < 50 mg/dl -mujeres-) 25,6%, LDL-colesterol \geq 160 mg/dl 17,0%, triglicéridos \geq 200 mg/dl 8,3%, glucemia \geq 126 mg/dl 2,4%, glucemia 110-126 mg/dl 3,8%, sobrepeso 38,4%, obesidad 15,5%, Consumo de alcohol 64,5%. Tenían diagnóstico previo de enfermedad cardiovascular clínica el 0,7%, de diabetes 1,2% (0,3% tipo 1 y 0,9% tipo 2), de hipertensión arterial 6,2% y de dislipemia 8,9% (tres de cada 4 trabajadores no conocía la existencia de esos FRV). Un 6,1% presentó RV Alto (5,1% sin considerar los trabajadores con Alto RV por un RR > 4) y 0,9% Moderado. Con respecto al sector Servicios y tras ajustar por edad, sexo e índice de masa corporal, los trabajadores del sector Industria y sobre todo de la Construcción mostraron una mayor prevalencia de elevación de la presión arterial (OR 1,06; IC 95% 1,03-1,09, y OR 1,15; IC 95% 1,12-1,18, respectivamente) y especialmente de tabaquismo (OR 1,13; IC 95% 1,11-1,16, y OR 1,52; IC 95% 1,48-1,55, respectivamente).

Conclusiones. 1. Existe una alta prevalencia de factores de riesgo en esta población de trabajadores jóvenes, la mayoría de los cuales

lo desconocía. 2. Un 7% de trabajadores (riesgo moderado y alto) son candidatos a la intensificación de las medidas preventivas y a su inclusión en el programa de intervención específica telefónica. 3. El hallazgo de una mayor prevalencia de factores de riesgo en los sectores de la Construcción e Industria puede colaborar a establecer prioridades en prevención cardiovascular. 4. Este Plan puede contribuir, de modo complementario a los Servicios Públicos de Salud, a una prevención cardiovascular más precoz y eficiente.

RV-092

PATRÓN NOCTURNO DE PA Y RIESGO CARDIOVASCULAR DE UN GRUPO DE SUJETOS CON SAOS MODERADO-SEVERO

M. Almendros¹, L. Lores², F. Ribó¹, J. Burillo¹, F. Andreo² y C. García³

¹Medicina Interna, ²Neumología, ³Cardiología. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Determinar el patrón nocturno de la presión arterial (PA) y el riesgo cardiovascular de un grupo de sujetos diagnosticados recientemente de Síndrome de Apneas Obstructivas del Sueño (SAOS) moderado-severo.

Material y métodos. De forma consecutiva seleccionamos los sujetos diagnosticados recientemente de SAOS moderado-severo que iban a iniciar tratamiento con CPAP nocturna. A todos se le realizó un análisis de sangre con perfil lipídico, orina de 24 horas, ecocardiograma, espirometría y una monitorización ambulatoria de PA (MAPA). Se definieron los patrones nocturnos de la PA: dipper, como descenso de la PA nocturna entre 10-20%, no dipper, descenso menor del 10% y riser, PA nocturna más elevada que la PA diurna. La estratificación del riesgo cardiovascular se realizó siguiendo la tabla de estratificación de las recomendaciones 2003 de las Sociedades Europeas de Hipertensión y de Cardiología.

Resultados. Se estudiaron 15 pacientes, (14 hombres, 1 mujer) de 56 años de edad media. El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 37.5 y el perímetro de cintura 120 cm. 8 eran hipertensos conocidos (56.3%). Tenían una media de 12 puntos en la escala de somnolencia de Epworth, con un Índice Apnea-Hipopnea (IAH) medio de 51 y del VEMS del 76.2%. El patrón nocturno de la PA por MAPA fue dipper en el 40% de los pacientes, no dipper en el 40% y riser en el 20%. Un paciente tenía hipertrofia ventricular izquierda por Ecocardiografía (6.6%) y 3 pacientes presentaban microalbuminuria (20%). La estratificación del riesgo cardiovascular de nuestros pacientes fue: Bajo en un 33.3%, Moderado en un 26.7%, Alto en un 33.3% y Muy Alto en un 6.7%.

Discusión. El descenso nocturno de la PA que tiene lugar en los sujetos normales (patrón «dipper») se puede ver modificado en algunos pacientes hipertensos, que no presentan reducción nocturna de la PA (patrón «no dipper») y que se asocia a una mayor morbi-mortalidad. Varios estudios concluyen que existe una asociación entre SAOS e HTA, siendo el SAOS un factor independiente de HTA y se asocia con una alta prevalencia de HTA con patrón no dipper o riser.

Conclusiones. Un 60% de los pacientes con SAOS moderado-severo presenta un patrón en la MAPA de alto riesgo (no dipper o riser) y un 40% de dichos pacientes presentan en la estratificación un riesgo alto o muy alto. Dado que la mayoría de los pacientes con SAOS pueden desconocer que presentan cifras PA elevadas es importante determinar el patrón nocturno de la PA y si tienen un mayor riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Podemos actuar a través de medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas para modificar el elevado riesgo cardiovascular que presentan estos pacientes con SAOS.

RV-093

OBESIDAD ABDOMINAL Y SÍNDROME METABÓLICO

N. Perallón Solans¹, J. González Igual², M. López Hernández¹ y C. Herrero Alonso¹

¹Medicina Familiar y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca.

Objetivos. El papel de la obesidad abdominal tiene un papel destacado en la fisiopatología del Síndrome metabólico (SM). Hemos realizado un estudio en nuestro Servicio para valorar la asociación de

obesidad abdominal y SM, describir el perfil clínico de estos pacientes y calcular el riesgo cardiovascular.

Material y métodos. Se analizan todos los pacientes ingresados por cualquier motivo (a excepción de pacientes oncológicos y patología muy grave que impidiera recoger los datos del estudio) que presenten obesidad abdominal; que se determina clínicamente como aumento del perímetro de la cintura (> 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres) y que cumplan el resto de los criterios diagnósticos de SM; según el NCEP-ATP III (1) y durante un período de 50 días. Otros datos analizados han sido los siguientes: edad, sexo, talla, peso, obesidad con índice de masa corporal (IMC), riesgo cardiovascular según las tablas publicadas en NCEP-ATP III basadas en el estudio de Framingham (1), analítica con glucosa y perfil lipídico en el momento del ingreso o en los 6 meses previos, cifras de TA, ECG para valorar signos de hipertrofia ventricular izda (HVI) según criterios de Cornell, microalbuminuria, insuficiencia renal, antecedentes de patología cardiovascular, tabaquismo, sedentarismo, antecedentes previos de Diabetes Mellitus, Dislipemia y HTA, así como el tratamiento de los mismos y la etiología que motivó el ingreso siempre que fueran de origen cardiovascular.

Resultados. Se analizan 174 pacientes ingresados, de los cuales 81 (46.5%) de ellos presentan un diagnóstico de SM y de todos ellos 66 (38%) cumplen criterios de aumento del perímetro abdominal acompañando a un SM, lo que supone el 88.5% de todos los diagnosticados de SM. La distribución por sexos es de 35 hombres (53%) y 31 mujeres (47%). La edad media es de 74 años (73.8 en hombres, 74.6 en mujeres). Presentan un diagnóstico previo de Diabetes Mellitus el 41%, HTA el 68% y Dislipemia el 27%. La patología cardiovascular en los antecedentes esta compuesta por Insuficiencia cardiaca crónica (33%), Fibrilación auricular (35%), Insuficiencia renal (20%), Cardiopatía isquémica (15%), ACVA (9%). El 47% presenta signos de HVI en el ECG y se constata la realización de microalbuminuria en el 32% de los pacientes, de los cuales es positiva en el 43%. El 70% tiene sobrepeso (IMC 25-30 kg/m²), 24% obesidad (IMC 30-40 kg/m²) y solo en el 3% es adecuado el peso. El riesgo cardiovascular calculado a 5 y 10 años ha sido de alto riesgo en el 72%, moderadamente alto 21% y moderado en 6%. El 91% no son fumadores o han abandonado el hábito tabáquico hace más de 1 año. El 76% lleva una vida sedentaria y el 26% restante realiza ejercicio equivalente al menos a caminar 30 minutos diariamente. Las causas de ingreso cardiovasculares principales han sido el ACVA (18%), Insuficiencia cardiaca crónica (17%) y a más distancia la Fibrilación Auricular (7.5%) y la Cardiopatía isquémica (3%). Los fármacos que los pacientes toman al ingreso son fundamentalmente: diuréticos 41%, ARAII 30%, antiagregantes 15%, estatinas 22%, IECAS 18%, digitálicos 15%, nitritos 11%, calcioantagonistas 11%, betabloqueantes 7%.

Discusión. Se observa una elevada presencia de aumento del perímetro abdominal como criterio diagnóstico de SM en nuestros pacientes (88.5%), lo que implica que es uno de los factores fundamentales que componen este síndrome. Así mismo el 94% de los pacientes presenta sobrepeso y/o obesidad acompañante. Se manifiestan elevadas cifras de pacientes con alto riesgo vascular y cabe constatar el aumento de patologías acompañantes como Diabetes Mellitus, HTA y Dislipemia. No existe diferencias significativas para la edad o el sexo.

Conclusiones. 1. El aumento del perímetro abdominal es uno de los criterios diagnósticos fundamentales de SM en nuestros pacientes. 2. Existe un importante aumento de patologías acompañantes como Diabetes Mellitus, HTA y Dislipemia. (1) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults JAMA. 2001;285:2486-249.

RV-094

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E ÍNDICE TOBILLO-BRAZO PATOLÓGICO

E. Iranzo Gómez, M. Tacias, A. Muñoz, L. Mico, C. Gil y J. Calabuig

Medicina Interna. La Fe. Valencia.

Objetivos. Conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes diagnosticados de LES con Arteriosclerosis subclínica, detectada tras la realización del ITB.

Material y métodos. Valoramos el ITB en una serie de 50 pacientes diagnosticados de LES de acuerdo con los criterios del ACR de 1997, controlados en nuestra policlínica de enfermedades autoinmunes, desde Noviembre del 2003 hasta Julio del 2004. Para la determinación del ITB se utilizó una sonda doppler de 8 mHz (Multi Dopplex II MD2) con tensiómetro automático (Omron 705CP) y manguito de presión estándar. La técnica utilizada fue la más consensuada en la literatura. Se consideró patológico un ITB por debajo de 1. En los pacientes con ITB patológico cumplimentamos una encuesta recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, duración de la enfermedad lúpica y tratamiento, antecedentes propios y familiares de enfermedad cardiovascular, Dislipemia, Hipertensión arterial, Tabaquismo, Diabetes mellitus, Síndrome de Antifosfolípido (SAF) y/o presencia de anticuerpos circulantes. Se obtuvo también perfil analítico lipídico.

Resultados. Encontramos 10 pacientes, (20%) con ITB patológico ($0,92 \pm 0,05$) El 90% eran mujeres, la edad media $38,3 \pm 17,4$ años (Rango 17-75) y la duración del LES $144 \pm 64,2$ meses El factor de RCV más frecuente fue la Dislipemia en 7 pacientes (70%), sobre todo Hipertrigliceridemia y Dislipemia mixta, seguido de Hipertensión arterial, Tabaquismo, Hipertrofia ventricular izquierda y Diabetes mellitus. En 2 casos habían antecedentes familiares y propios de ECV. La mitad de los pacientes eran portadores de ac. antifosfolípidos y 2 de ellos estaban diagnosticados de SAF. Los valores medios de lípidos eran: Triglicéridos $114,5 \pm 66$, Colesterol total $199,4 \pm 49$, C-LDL $111,7 \pm 46,3$ y C-HDL $69,2 \pm 29,1$ La mayor parte de los pacientes (90%) llevaban tratamiento con Corticoides y hasta un 60% fármacos para control de algún factor de riesgo cardiovascular.

Discusión. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) aparecen de forma más frecuente y precoz en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), siendo éstas la principal causa de morbimortalidad. La demostración enfermedad cardiovascular subclínica mediante técnicas exploratorias incruentas supone un gran avance, dadas las implicaciones terapéuticas que esta comporta. El Índice tobillo-brazo (ITB) es un método sencillo y no invasivo que permite detectar la presencia de Arteriosclerosis subclínica así como estratificar el riesgo en este colectivo de pacientes junto con otros factores cardiovasculares.

Conclusiones. Tanto la prevalencia de ITB patológico como de factores de riesgo cardiovascular fue elevada y más teniendo en cuenta la edad media de los pacientes. El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue la Dislipemia y un porcentaje importante de pacientes presentaban un grado de control insuficiente La mitad de los pacientes eran además portadores de anticuerpos antifosfolípidos. - La sencillez y fiabilidad de la técnica utilizada para la detección de Arteriosclerosis subclínica, convierte al ITB en un método idóneo en la estrategia de prevención de la enfermedad cardiovascular en el Lupus Eritematoso Sistémico.

RV-095 REVASCLARIZACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS CON «STENT» RECUBIERTOS. ¿SIGUEN SIENDO LOS DIABÉTICOS EL TALÓN DE AQUILES DEL INTERVENCIONISMO?

M. Matarranz del Amo¹, A. Martínez Baltanás¹, J. Ruiz Nodar², A. Frutos García², P. Carrillo Sáez², M. Botas Velasco¹, J. Peris García y V. Bertomeu Martínez²

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Clínica Universitaria de San Juan de Alicante. Alicante.

Objetivos. Objetivo primario: determinar la tasa de eventos adversos cardiovasculares mayores (EACM), entendidos como muerte cardiaca, IAM y revascularización del vaso diana en los grupos estudiados. Objetivo secundario: determinar la necesidad de reingresos y la revascularización de otros vasos en los grupos estudiados.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de una población de diabéticos y no diabéticos tratados con «stent» recubiertos entre junio de 2002 y enero de 2004. Se hizo un seguimiento al alta hospitalaria, y a los meses 1, 6, 12 y 18.

Resultados. Entre junio de 2002 y enero de 2004 se trataron 272 pacientes con «stent» recubiertos, 117 (43%) diabéticos y 155 (57%) no diabéticos. En el grupo de DM el 32% era insulino-dependiente. Las características clínicas de los dos grupos, así como la distribución de FRCV no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La indicación principal para la angioplastia

fue la angina inestable (62%). El número de EACM hospitalarios fue de 2 (2 IAM) en el grupo de DM por ninguno en el de no DM. Se obtuvo un seguimiento a medio plazo (11 ± 5 meses, con rango 1-24) en el 95% de los pacientes. El grupo de DM presentó 10 EACM (8,55%; 1 muerte, 4 IAM, 5 revascularizaciones) vs 5 en los no DM (3'23%; 1 IAM y 4 revascularizaciones), $p = 0,03$. La supervivencia libre de eventos fue estadísticamente inferior en la población diabética que en la no diabética ($p = 0,026$). En los diferentes modelos de regresión logística, la DM siempre fue un factor predictor de desarrollo de EACM.

Conclusiones. La DM determina una peor evolución de los pacientes tratados con «stent» recubiertos, con mayor número de eventos cardiovasculares a largo plazo, así como mayor necesidad de nuevas revascularizaciones.

RV-096 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SÍNDROME METABÓLICO C. Herrero Alonso¹, J. González Igual², N. Perallón Solans¹ y M. López Hernández¹

¹Medicina Familiar y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca.

Objetivos. Hemos realizado un estudio en nuestro Servicio para valorar la asociación de Hipertensión arterial (HTA) y Síndrome metabólico (SM), describir el perfil clínico de estos pacientes y calcular el riesgo cardiovascular.

Material y métodos. Se analizan todos los pacientes ingresados por cualquier motivo (a excepción de pacientes oncológicos y patología muy grave que impidiera recoger los datos del estudio) que estén diagnosticados de HTA o bien controlados con tratamiento farmacológico antihipertensivo y que cumplan el resto de los criterios diagnósticos de SM; según el NCEP-ATP III (1) y durante un período de 50 días. Otros datos analizados han sido los siguientes: edad, sexo, talla, peso, obesidad con índice de masa corporal (IMC), riesgo cardiovascular según las tablas publicadas en NCEP-ATP III basadas en el estudio de Framingham (1), analítica con glucosa y perfil lipídico en el momento del ingreso o en los 6 meses previos, cifras de TA, ECG para valorar signos de hipertrofia ventricular izda (HVI) según criterios de Cornell, microalbuminuria, insuficiencia renal, antecedentes de patología cardiovascular, tabaquismo, sedentarismo, antecedentes previos de Diabetes Mellitus y Dislipemia, así como el tratamiento de los mismos y la etiología que motivó el ingreso siempre que fueran de origen cardiovascular.

Resultados. Se analizan 174 pacientes ingresados, de los cuales 89 (51%) de ellos presentan un diagnóstico previo de HTA y de éstos 55 (61.7%) cumplen criterios de SM. La distribución por sexos es de 28 hombres (51%) y 27 mujeres (49%). La edad media es de 77 años (75 en hombres, 79 en mujeres). Presentan un diagnóstico previo de Diabetes Mellitus el 42% y Dislipemia el 22%. La patología cardiovascular en los antecedentes esta compuesta por Insuficiencia cardíaca crónica (49%), Fibrilación auricular (38%), Insuficiencia renal (24%), cardiopatía isquémica (16%), ACVA (13%). El 62% presenta signos de HVI en el ECG y se constata la realización de microalbuminuria en el 24% de los pacientes (todos ellos también diabéticos). El 53% presenta sobrepeso (IMC $25-30 \text{ kg/m}^2$), 33% obesidad (IMC $30-40 \text{ kg/m}^2$) y solo en el 12% era adecuado el peso. El riesgo cardiovascular calculado a 5 y 10 años ha sido de alto riesgo en el 69%, moderadamente alto 24% y moderado en 7%. El 95% no son fumadores o han abandonado el hábito tabáquico hace más de 1 año. El 76% lleva una vida sedentaria y el 26% restante realiza ejercicio equivalente al menos a caminar 30 minutos diariamente. Las causas de ingreso cardiovasculares principales han sido la Insuficiencia cardíaca crónica (27%) el ACVA (18%), y a más distancia la Fibrilación Auricular (6%) y la Cardiopatía isquémica (2%). El tratamiento antihipertensivo es el siguiente: diuréticos 54%, ARAII 40%, IECAS 26%, calcioantagonistas 23%, betabloqueantes 2%.

Discusión. La mitad de los pacientes ingresados en nuestro Servicio eran hipertensos (51%) y con una fuerte asociación con SM (62%). Se manifiestan elevadas cifras de pacientes con alto riesgo vascular y cabe constatar el aumento de patologías acompañantes como Diabetes Mellitus y Dislipemia. Destaca un alto % de pacientes con sobrepeso y/o obesidad que alcanza el 86%. Así mismo se solicita en contadas ocasiones la microalbuminuria como parámetro de ries-

go vascular en hipertensos. Un dato destacable es la alta presencia de signos de HVI (62%), lo que nos lleva a plantearnos si tratamos y controlamos correctamente la HTA de nuestros pacientes. El tratamiento farmacológico principal son los diuréticos y ARAII solos o en asociación.

Conclusiones. 1. La mitad de los pacientes ingresados eran hipertensos (51%) y con una fuerte asociación con SM (62%). 2. La microalbuminuria se solicita en escasas ocasiones en hipertensos. 3. Elevada presencia de HVI, lo que conlleva a plantearnos el correcto control y tratamiento en la HTA (1) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults JAMA. 2001;285:2486-97.

RV-097
SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES DIABÉTICOS

M. López Hernández¹, J. González Igual², C. Herrero Alonso¹ y N. Perallón Solans¹

¹Medicina Familiar y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca.

Objetivos. La asociación de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) y Síndrome metabólico (SM) va del 60 al 80%. Hemos realizado un estudio en nuestro Servicio para valorar la asociación de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) y Síndrome metabólico (SM), describir el perfil clínico de estos pacientes y calcular el riesgo cardiovascular.

Material y métodos. Se analizan todos los pacientes ingresados por cualquier motivo (a excepción de pacientes oncológicos y patología muy grave que impidiera recoger los datos del estudio) que estén diagnosticados de DM o bien controlados con tratamiento antihipertensivo y que cumplan el resto de los criterios diagnósticos de SM; según el NCEP-ATP III (1) y durante un período de 50 días. Otros datos analizados han sido los siguientes: edad, sexo, talla, peso, obesidad con índice de masa corporal (IMC), riesgo cardiovascular según las tablas publicadas en NCEP-ATP III basadas en el estudio de Framingham (1), analítica con glucosa y perfil lipídico en el momento del ingreso o en los 6 meses previos, cifras de TA, ECG para valorar signos de hipertrofia ventricular izda (HVI) según criterios de Cornell, microalbuminuria, insuficiencia renal, antecedentes de patología cardiovascular, tabaquismo, sedentarismo, antecedentes previos de HTA y Dislipemia, así como el tratamiento de los mismos y la etiología que motivó el ingreso siempre que fueran de origen cardiovascular y también el objetivo de cifras de Colesterol LDL por < 100 mg/dl, según el NCEP-ATP III (1).

Resultados. Se analizan 174 pacientes ingresados, de los cuales 55 (31.6%) de ellos presentan un diagnóstico previo de DM y de éstos 35 (63.6%) cumplen criterios de SM. La distribución por sexos es de 19 hombres (54%) y 16 mujeres (46%). La edad media es de 69 años (67 en hombres, 71 en mujeres). Presentan un diagnóstico previo de HTA el 66% y Dislipemia el 29%. Los fármacos para el tratamiento de la DM fundamentalmente son: Insulina 34%, sulfonilureas 34%, repaglinida 14%, biguanidas 11% y acarbosa el 3%. La patología cardiovascular en los antecedentes esta compuesta por Insuficiencia cardíaca crónica (45%), Fibrilación auricular (38%), Insuficiencia renal (31%), Cardiopatía isquémica (15%), ACVA (12%). El 49% presentaba signos de HVI en el ECG y se constata la realización de microalbuminuria en el 26% de los pacientes de los cuales es positiva en el 45%. El 66% presentan sobrepeso (IMC 25-30 kg/m²), 26% obesidad (IMC 30-40 kg/m²) y solo en el 6% es adecuado el peso. El riesgo cardiovascular calculado a 5 y 10 años ha sido de alto riesgo en el 71%, moderadamente alto 18% y moderado en 6%. El 95% no son fumadores o han abandonado el hábito tabáquico hace más de 1 año. El 80% lleva una vida sedentaria y el 20% restante realiza ejercicio diario. Las causas de ingreso cardiovasculares principales son la Insuficiencia cardíaca crónica (23%) el ACVA (15%), y a más distancia la Fibrilación Auricular (7%) y la Cardiopatía isquémica (3%). Con respecto al tratamiento están con IECAS y/o ARAII el 60%. Las cifras de Colesterol LDL según criterio de NCEP-ATPIII (1) permanecen dentro del objetivo por < 100 mg/dl en el 51%, de los cuales, con estatina son tratados el 23%. No cumplen el objetivo c-LDL, es decir están por > 100 mg/dl el 49% restante y de éstos solo son tratados con estatinas el 24%.

Discusión. El 20% de los pacientes ingresados en nuestro Servicio son diabéticos y con una fuerte asociación con SM (63.6%). Presentan HTA acompañante un 66%. Destaca un alto% de pacientes con

sobrepeso y/o obesidad que alcanza el 80%. No se encuentran dentro del objetivo de cifras de c-LDL el 49% y dentro de éstos solo una ¼ está en tratamiento hipolipemiante. Destacar un 31% de pacientes en fase de insuficiencia renal. El tratamiento farmacológico principal para control de HTA en pacientes diabéticos son los IECAS y/o ARAII en el 60%, aunque también con una proporción alta de diuréticos cercana al 46%.

Conclusiones. 1. Alta asociación de DM con SM (63.6%). 2. Los objetivos de c-LDL no se cumplen en el 49% y solo la ¼ parte llevan tratamiento hipolipemiante. (1) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults JAMA. 2001;285:2486-97.

RV-098
BENEFICIOS DEL ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

M. Rico Corral¹, I. Pérez Camacho², A. de la Cuesta Díaz³, J. Sala Turrens⁴, C. Hologado Silva¹, A. Aznar Marín¹, J. de la Vega Vázquez¹ y R. Pérez Cano¹

¹Medicina Interna, ²Rehabilitación, ³Cirugía General, ⁴Codificación. Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. La arteriopatía periférica es una complicación de la arteriosclerosis con morbilidad creciente. Su asistencia genera costes muy elevados, ya que suele afectar a pacientes pluri-patológicos y de edad avanzada. Nuestra hipótesis es que el enfoque multi-disciplinar en la atención clínica de esta patología puede ser beneficioso, tanto en el aspecto clínico como en el económico.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio retrospectivo sobre una población de 438 pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica sin criterios de revascularización que fueron atendidos en nuestra área hospitalaria entre los años 2002 y 2005 y que precisaron al menos un ingreso hospitalario motivado por esta patología durante dicho periodo. Se han elaborado dos grupos, con características similares en cuanto a la distribución por edades, sexo, factores de riesgo vascular y co-morbilidad. El grupo de estudio estaba formado por 226 pacientes, que fueron atendidos a lo largo de su proceso por nuestro grupo, compuesto por especialistas de Medicina Interna, Cirugía General, Rehabilitación y Anestesiología. El grupo control estaba compuesto de 212 pacientes, que fueron atendidos según el procedimiento habitual, a través de ingresos aleatorios en los Servicios de Medicina Interna o Cirugía General. La atención a los pacientes del grupo de estudio se basó en la utilización en lo posible de la cirugía menos radical y más precoz, el acortamiento de las estancias hospitalarias en base a la participación conjunta de los Servicios de Medicina Interna y Cirugía, las revisiones periódicas frecuentes en consultas externas, la comunicación fluida con Atención Primaria y la Enfermería de Enlace y los tratamientos médicos protocolizados.

Resultados. El análisis estadístico mostró valores de p con significación estadística en los siguientes grupos de resultados: 1) El porcentaje de pacientes que precisó amputación mayor fue claramente inferior en el grupo de estudio en comparación con el grupo control, especialmente cuando sólo aparecían lesiones isquémicas distales, como se aprecia en la tabla 1. 2) La mortalidad global fue del 36% en el grupo de estudio y del 59% en el grupo control. 3) El coste total medio del proceso en el grupo de estudio fue de 3.086 €, y en el grupo control, de 3.690 EuroSans-Regular. 4) El porcentaje del gasto total correspondiente a la hospitalización fue del 63% en el grupo de estudio y del 97% en el grupo control. 5) El coste promedio por hospitalización fue de 1.964 € en el grupo de estudio y 3.616 € en el grupo control. Estas diferencias se mantienen en el análisis separado por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).

Conclusiones. El abordaje multi-disciplinar de la arteriopatía periférica, basado en la estrecha colaboración entre la atención primaria y las diferentes especialidades, la externalización de la atención clínica y la protocolización del tratamiento, genera beneficios clínicos y económicos.

Tabla 1. Porcentaje de amputaciones mayores.

| | Estudio | Control |
|--------------------------------|---------|---------|
| Lesiones isquémicas distales | 5,3 | 66 |
| Lesiones isquémicas proximales | 75 | 95 |

RV-099**ANÁLISIS DE RESULTADOS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO**

J. García Alegría¹, A. Jiménez Puente², F. Poveda Gómez¹, J. De la Torre Lima¹, J. Olalla Sierra¹, A. Del Arco Jiménez¹, M. Delgado Fernández¹ y C. Romero Gómez¹

¹Unidad de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. ²Unidad de Evaluación. Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar los resultados asistenciales, las complicaciones y los factores que predicen la mortalidad intrahospitalaria en el accidente cerebrovascular agudo (ACV).

Material y métodos. Revisión de pacientes ingresados por ACV en un Servicio de Medicina Interna de un hospital general (CMBD), que atiende una población de unos 2500.000 habitantes, durante el período 1994-2004 (N: 2869). Análisis descriptivo de las siguientes variables: edad, género, tipo de ACV, comorbilidad, índice de Charlson, complicaciones durante el ingreso (neumonía, sepsis, trombosis venosa), destino al alta, mortalidad intrahospitalaria y días de estancia. Análisis estadístico: Chi cuadrado, regresión logística por pasos.

Resultados. Del total, 57.8% fueron hombres (H) y 42.2% mujeres (M). La edad media de los pacientes fue 71.2 ± 11.6 años (H: 69.2, M: 74, p < 0,0001) y la estancia media fue de 8.2 días. El tipo de ACV fue isquémico (I): 76.3%, hemorrágico (H): 16% y embólico (E): 7.7%, y claramente relacionado con la edad (I: 70,9 ± 11,6, H: 71,1 ± 12,1, E: 74,6 ± 9,7). El destino al alta fue domicilio (78,4%), traslado a otro centro (4,4%), éxitus (14,6%) y otros (2,6%). Las complicaciones intrahospitalarias fueron: neumonía (3,5%), trombosis venosa (1 caso), infección urinaria (7,5%) y sepsis (3 casos). La mortalidad fue mayor en el ACVH (28,8%) frente al I (12,2%) y embólico (8,6%) (p < 0,0001), y en los de mayor edad (75,9 ± 9,9 vs 70,4 ± 11,6 años, p < 0,0001). El índice de Charlson fue de 1,21 ± 1,39, similar en ambos sexos, y no se correlacionó con la mortalidad. El análisis de regresión logística mostró que la mortalidad se correlacionaba con las siguientes variables: ACV-H (OR 5,2; IC: 3,1-8,8), el ACV-I (OR: 1,07; IC: 1,07-2,88), con la edad (OR: 1,05; IC: 1,03-1,06), y con tener una neumonía (OR: 1,6; IC: 1,01-2,63).

Discusión. En lo relativo a la eficiencia y mortalidad los datos de nuestro hospital son comparables a los descritos en otros centros nacionales e internacionales que atienden este tipo de patología. La mortalidad en el ACV se relaciona especialmente con la edad, la etiología hemorrágica o isquémica, y tener como complicación una neumonía.

Conclusiones. El mayor condicionante de mortalidad en el ACV es la edad, y por cada año se incrementa un 5% el riesgo de muerte. En el ACV para hacer análisis comparativos de resultados, como la mortalidad, es necesario hacer un ajuste de la población atendida, especialmente lo que se refiere a la edad y la etiología del mismo.

RV-100**ESTUDIO DE LA DIETA Y HÁBITOS DE VIDA EN LAS POBLACIONES DE ALMANSA, VILLARROBLEDO Y HELLÍN**

L. Sáez Méndez¹, A. Navarro Martínez¹, J. Calbo Mayo¹, J. Solera Santos¹, M. Rodríguez Martín¹, M. Fernández Jiménez¹, O. Fuster Lluch² y G. GESD¹

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

Objetivos. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en los países desarrollados. La dieta mediterránea se asocia a una menor mortalidad cardiovascular en los países del sur de Europa. Desconocemos si nuestra población realiza hoy una dieta cardiosaludable y cuáles son sus hábitos de vida. **Objetivos:** Conocer, en nuestro medio, la prevalencia de factores ambientales asociados a riesgo cardiovascular (dieta y hábitos de vida), que pueden ser modificados y útiles en la promoción de la salud, en un estudio diseñado para conocer la prevalencia del síndrome dismetabólico.

Material y métodos. Población de estudio: individuos censados y residentes en las poblaciones estudiadas entre 40 y 70 años. Diseño: estudio transversal. Muestra a utilizar: muestreo aleatorio simple de personas que cumplan los criterios de inclusión que, tras contac-

to por correo ordinario y telefónico, acepten participar en el estudio una vez informadas las características del mismo. Tamaño de la Muestra: Calculada en virtud de una prevalencia estimada de Síndrome Metabólico en la población de las Islas Canarias del 24% y dependiendo de la población censada. Variables: se recogen variables en un protocolo diseñado previamente. Para este apartado del estudio recogemos ingesta de alcohol en gramos consumidos semanales. Fumador: Sí, no, exfumador, expresado en «paquetes-años» y la dieta: Cuantificación clasificado por grupos de alimentos consumidos semanalmente (frutas, verduras, carne, pescado, aceite de oliva, vino tinto). Análisis: descriptivo de las variables recogidas en esta primera fase.

Resultados. Se realizaron un total de 423 encuestas. 6 personas (1.42%) obtuvieron 40 puntos (hábitos alimentarios saludables), 295 (69,74%) entre 28 y 39 pts (alimentación aceptable pero mejorable) y 122 (28,84%) obtuvieron 27 o menos pts (hábitos no saludables). El consumo de aceite de oliva fue una constante en toda la población española entrevistada. Consumían vino 176 personas (41.61%) y 246 no lo tomaban. 115 entrevistados eran fumadores activos (27.25%).

Conclusiones. Los hábitos dietéticos de la población estudiada, aun siendo aceptables, son mejorables en un 69,74% de los casos. Casi 1/3 de los entrevistados (28,84%) tiene hábitos dietéticos no saludables. Podrían mejorarse dichos hábitos incrementando el consumo de frutas, verduras, legumbres y pescado y disminuyendo el de grasas, azúcares y carnes. Se mantiene el consumo de aceite de oliva (eje de la dieta mediterránea) en toda la población española. Un porcentaje reseñable (41.61%) consume vino de forma habitual. Podría mejorar la salud poblacional disminuyendo el número de fumadores (todavía fuman el 27.25%).

RV-101**DATOS OBJETIVOS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA AMBULATORIA Y EXTRAHOSPITALARIA ¿ESTÁ TODO BAJO CONTROL?**

L. Martínez Moya², R. Ortas Nadal¹, C. Bergua¹, B. Daga Calejero¹, B. Obón Azuara³, I. Gutiérrez Cia³, C. Toyas Miazza² y A. Del Río Ligoritz¹

¹Cardiología, ²Medicina Interna, ³Intensivos. Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes que acuden a una consulta de cardiología ambulatoria, así como la adecuación de los datos clínicos o bioquímicos obtenidos con las normas que dictan las guías de actuación clínica.

Material y métodos. Se analizaron 304 pacientes consecutivos que acudieron a una consulta de cardiología ambulatoria extrahospitalaria, durante los 5 primeros meses de este año. Durante la visita médica se analizaron los siguientes parámetros: Tensión arterial, índice de masa corporal y se recogieron datos analíticos recientes: Glucemia, HDL y LDL colesterol e hipertrigliceridemia. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 11.5.

Resultados. De los 304 pacientes analizados el 48,4% eran varones, con una edad media global de 64,94 (16). El 72,7% eran hipertensos, el 66,6% dislipémicos, el 23% diabéticos y el 23,4% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. El 48,6% presentaban glucemia superior a 100 mg/dl; el 41,5% tenían colesterolemias superiores a 200 mg/dl (sobre todo las mujeres p < 0,05), con HDL-c inferior a 40-50 mg/dl (según sexo) en el 25,6% y LDL-C superior a 140 mg/dL en el 22,1% de los casos. Entre los pacientes que padecían cardiopatía isquémica el 43% tenían cifras de LDL-c superior a 100 mg/dL y los diabéticos el 33,3%. Se comprobó hipertrigliceridemia superior a 140 mg/dL en 25,8%. Las cifras de tensión arterial sistólica fueron superiores a 130 mmHg en el 50,7% (sobre todo en mujeres p < 0,0001), mientras que tan sólo el 18% tenía tensiones diastólicas superiores a 85 mmHg. Presentaban algún grado de obesidad (IMC superior a 25 kg/cm²) el 81,9% de los pacientes, sin diferencia por sexo, aunque las mujeres padecían más frecuentemente de obesidad abdominal (p < 0,0001). El 36% presentaba un síndrome metabólico. El tratamiento utilizado: IECAS (25,6%), ARA II (25,9%), Diuréticos (38,2%), Anticalcio (25,9%), Betabloqueantes (37,9%) y Estatinas (35,8%).

Discusión. Los pacientes de nuestra consulta cardiológica presentan una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular entre sus antecedentes personales que, además, no están controlados. Ni siquiera aquellos pacientes con cardiopatía isquémica previa o diabetes mellitus, y por lo tanto en situación de prevención secundaria, presentan cifras de colesterolemia o tensión arterial aceptables. Llama la atención la prevalencia de cifras tensionales altas en la consulta en más de la mitad de la muestra analizada, así como la existencia de algún grado de obesidad en más del 80% de los casos, con un número importante de pacientes con síndrome metabólico. Por otra parte, constatamos el bajo uso del tratamiento hipotensor con IECAS, ARA II y estatinas.

Conclusiones. Los datos objetivos de los factores de riesgo de nuestros pacientes cardiopatas analizados distan mucho de estar bajo control. Posiblemente, un mejor uso farmacológico y una mayor adherencia del paciente al tratamiento y a una dieta podría mejorar la situación actual.

RV-102

ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA HABITUAL EN LAS POBLACIONES DE ALMANSA, VILLARROBLEDO Y HELLÍN

M. Sáez Méndez¹, A. Navarro Martínez¹, I. Terrance de Juan¹, J. Solera Santos¹, J. Gómez Garrido¹, J. Vera Hernández², J. Beato³ y G. GESD¹

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete. ³Medicina Interna. Hospital General. Hellín, Albacete.

Objetivos. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en los países desarrollados. El Síndrome dismetabólico (SDM) tiene una gran importancia en el proceso de arterioesclerosis y en la morbimortalidad de origen cardiovascular. La inactividad física juega un papel determinante en la aparición del SDM en individuos con predisposición genética. Desconocemos si nuestra población realiza hoy una dieta cardiosaludable y cuáles son sus hábitos de vida. **Objetivos:** Conocer, en nuestro medio, la prevalencia de factores condicionantes asociados a riesgo cardiovascular (dieta y hábitos de vida), que pueden ser modificados y útiles en la promoción de la salud, en un estudio diseñado para conocer la prevalencia del síndrome dismetabólico.

Material y métodos. Población de estudio: individuos censados y residentes en las poblaciones estudiadas entre 40 y 70 años. Diseño: estudio transversal. Muestra a utilizar: muestreo aleatorio simple en personas que cumplan los criterios de inclusión y que, tras contacto por correo ordinario y telefónico, acepten participar en el estudio una vez informados de las características del mismo. Tamaño de la Muestra: Calculada en virtud de una prevalencia estimada de Síndrome Metabólico en la población de las Islas Canarias del 24% y dependiendo de la población censada. Variables: se recogerán variables en un protocolo diseñado previamente. Para este apartado del estudio recogemos la actividad física realizada en relación con la vida diaria y el tiempo que dedican a realizar algún deporte. Análisis: descriptivo de las variables recogidas en esta primera fase.

Resultados. Resultados: Se realizaron un total de 421 encuestas (235 v [56%] y 188 m [44%]) con 242 personas con trabajo activo de los cuales 80 ps (33%) con trabajo sedentario; 29% con una ocupación que implica estar de pie; 23% con un trabajo manual y un 15% con trabajo manual pesado. Un 33% (136 p) caminan menos de 3h a la semana y un 67% (281 p) menos de 7 h/s. Un 12% más de 15 h/s sin diferencias significativas entre el verano y el invierno. Andar en bicicleta 53 p (12,5%) de los cuales 44,2% menos de 3 h/s siendo más frecuente en verano 55%). Un 15,2% de los encuestados realizan otros deportes (fútbol, natación, etc) con 45% de ellos al menos 3h/s. Al trabajo en casa dedican el 55% unas 7 h/s y 109 p (26%) más de 22 h/s. 77% de los encuestados suben al menos 7 pisos de escalera al día. En cuanto a las horas que dedican a ver la televisión semanales un 42% dice ver menos de 7 h/s y 46% de 8-21 h/s. No existen tampoco diferencias significativas entre el número de horas en verano o invierno.

Conclusiones. Conclusiones: La actividad física de la población estudiada, aun siendo aceptables, son mejorables. Más del 60% de las personas realizan un trabajo casi sedentario y después solo un porcentaje pequeño realiza cualquier otro esfuerzo físico (1/3 caminan

menos de 3 h/s). Casi la 1/2 de los entrevistados (55%) dedican al trabajo en casa menos de 7 h/s con un predominio de hombres en este grupo; la mayoría de ellos están menos de 3h al día ante la televisión. Sería aconsejable aumentar la realización de ejercicio físico por parte de la población y esto debe ser potenciado y animado por los profesionales sanitarios.

RV-103

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE ALBACETE

J. Beato Pérez¹, J. Calbo Mayo², J. Solera Santos², J. Segura Luque¹ y GESMA

¹Medicina Interna. Hellín, Albacete. ²Medicina Interna. Complejo Hospitalario. Albacete.

Objetivos. Conocer en nuestro medio la prevalencia de obesidad dentro de un estudio del Síndrome Metabólico y proponer medidas de control si fuese necesario.

Material y métodos. Población de estudio: Individuos censados y residentes en las localidades de Almansa, Hellín y Villarrobledo entre 40 y 70 años. Diseño: Estudio transversal. Muestra a Utilizar: Muestreo aleatorio simple que cumpla los criterios de inclusión que tras contacto por correo acepta participar en el estudio una vez informado de las características del mismo. Variables: Se determinó la circunferencia de cintura y el Índice de masa corporal (IMC). En el trabajo se presentan los resultados de la obesidad dentro de un protocolo diseñado para conocer la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM) en la provincia de Albacete.

Resultados. Se realizaron un total de 425 encuestas (212 varones y 213 mujeres). El IMC medio de los varones fue de 28.9, tenían sobrepeso 86 (40,3%) y 78 obesidad (36,6%). En las mujeres el IMC medio fue de 29,46, sobrepeso 59 (27,8%) y 88 obesidad (41,5%). Según la definición de la ATPIII tenían obesidad abdominal (circunferencia de cintura > 102 cm en varones y 88 cm en mujeres) 76 varones (35,7%) y 125 mujeres (59%). En los hombres obesos, la obesidad abdominal se encontró en el 75,6% y en las mujeres obesas en el 95,3%. La prevalencia del SM en la muestra de nuestra provincia fue de 88 personas (20,8%) de los que el 85,2% tenían obesidad abdominal.

Conclusiones. Observamos una prevalencia de obesidad por IMC muy alta en nuestro medio, 39% (36,6% en varones y 41,5% en mujeres), siendo la media nacional del 14,5% según el estudio de prevalencia de obesidad de la SEEDO 2000 para una población entre 25-60 años, en nuestra muestra incluimos personas entre 40-70 años al estar basado el estudio en el SM y ser este dependiente de la edad, principalmente a partir de los 40 años. Según la circunferencia de cintura encontramos 201 personas (43,7%) con obesidad abdominal, superior al estudio realizado en Canarias que fue de 34,7%, aunque nuestra prevalencia de SM fue menor, 20,8% frente a 24,4% del estudio canario. 1. La población de la provincia de Albacete tiene menor prevalencia de SM pero son más obesos que otras del Estado Español. 2. Todo el personal sanitario tendríamos que insistir a la población en una adecuación de la dieta y en el aumento del ejercicio.

RV-104

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION: GUÍAS 2005. ¿NOS ACERCAMOS A ELLAS?

R. González Fuentes y D. García Esparza

Medicina Interna. Doce de Octubre. Madrid.

Objetivos. Analizar el grado de cumplimiento ambulatorio de las recomendaciones de la ADA de 2005 sobre el control metabólico y del riesgo vascular en pacientes diabéticos como auditoría de la adecuación de nuestra aproximación, desde un punto de vista clínico, a este colectivo.

Material y métodos. Estudio transversal que incluye 50 pacientes diabéticos ingresados por cualquier causa en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Doce de Octubre de Madrid entre enero y agosto de 2005. Se registró el motivo de ingreso, la comorbilidad, Índice de Masa Corporal (IMC); cifras medias de tensión arterial sistólica (TAs) y diastólica (TAd) ambulatorias; hemoglobina glicada (HbA1c), años de evolución de la DM y especialista responsable; LDLc, colesterol

HDLc y triglicéridos; consumo tabáquico y consejo médico; homocisteína; atención al screening de microangiopatía ó macroangiopatía diabética; se evaluó la existencia de nefropatía diabética, así como el cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas y de los fármacos por los pacientes. Posteriormente se estableció comparó las cifras particulares de cada paciente con los valores de referencia propuestos por la ADA. Análisis estadístico mediante el programa SSPS, evaluando su significación (IC: 95%) a través de los tests ANOVA, Chi-Cuadrado y T-Fisher.

Resultados. SEXO: 56%/44%. EDAD: 80% > 65 años, siendo un 16% añosos. Mayoría de DM tipo 2. EVOLUCIÓN: 40% de > 10 años; el 39%, diagnosticados en los 5 años previos. COMORBILIDAD: HTA: 77%, dislipemia(DL): 53%, HTA+DL+DM: 48%. C.IS-QUEM: 41%, ARTERIOP. PERIF: 24%, ACVA:16%. EPOC Ó ICC: 25%. TABAQUISMO: 16% globalmente y 31% entre los pacientes con consumo previo. Todos habían recibido consejo médico. Ninguno remitido a programas específicos de deshabituación. Tabaquismo activo, más frec. en pacientes más jóvenes (p = 0,006). MOT. INGRESO: ICC (24%), eventos cardiovasculares agudos (22%) e infecciones (14%). I.M.C: sólo un 25% presentaba un IMC < 25. 50% cumplían criterios de obesidad. Sedentarismo ó enfermedad de base limitante se relacionan con I.M.C mayores (p = 0,001;P = 0,01). T.A: 48% alcanza objetivo de TAs (< 130) y un 86% el de TAd (< 80). Entre hipertensos, peor control de la TAs (p = 0,007). Un 26%, en rango de hipertensión. HbA1c: 50% no tiene buen control (< 7%). P. LIPIDICO: El 56% con LDLc < 100, El 34% tienen un HDLc > 40 y un 62% unos TG < 150 mg/dl. HOMOCISTEÍNA: Un 29% presentaba elevaciones leves, sin mayor incidencia de eventos cardiovasculares. SCREENING MACROANGIOPATÍA: Nadie, estando asintomático, había sido testado. SCREENING MICROANGIOPATÍA: El 44% nunca había sido sometido a una funduscopia. Mejor entre los seguidos por Endocrinólogos (p = 0,01). Muchos derivados por baja visión. Análisis de orina de 24 horas, realizado al menos una vez en sólo el 28%. En los sometidos a varias cuantificaciones, rara vez eran anuales. Microalbuminuria (+), más frecuente entre diabéticos de mayor evolución. El 44% no habían sido testados antes, aunque de éstos el 57% ya recibían IECAs/ARA-II. ANTIAGREGACIÓN: Pautada en el 58%; el 76% en prev. 2ª y sólo el 26% en prev. 1ª. Peor empleo en los más jóvenes (p = 0,04). CUMPLIMIENTO: dieta, sólo el 27%; marcado sedentarismo (66%), relacionándose en algunos con dificultad motriz. Buen cumplimiento farmacológico, empeorando en jóvenes (p = 0,001).

Discusión. La medicina actual tiende a la protocolización, sustentada en la evidencia científica. En la atención del paciente diabético es frecuente constatar una inadecuación entre «lo ideal» y «lo real». En la muestra estudiada, teniendo como referencia las propuestas de la ADA, el alcance de los diferentes objetivos de buen control es regular. Tanto el screening de microangiopatía como el empleo de la antiagregación son insuficientes. Los pacientes no cumplen las medidas higiénico-dietéticas. Las posibles limitaciones del estudio (sesgo de selección, tamaño muestral, asimetría por edades) obligan a confirmar estas tendencias sobre muestras más amplias y representativas.

Conclusiones. La mejoría en el pronóstico del paciente diabético no dependerá de la obtención de mayor evidencia científica sino de la mejor aplicación en la práctica clínica de la disponible en la actualidad.

RV-105 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA PROVINCIA DE ALBACETE

J. Calbo Mayo¹, Y. Santisteban López¹, P. Fernández Jiménez¹, M. Martínez Díaz¹, J. Moreno Salcedo¹, J. Beato Pérez², J. Solera Santos¹ y Grupo Estudio Síndrome Metabólico Albacete (GESMA)¹

¹Medicina Interna. Hospital General. Albacete. ²Medicina Interna. Hospital Comarcal de Hellín. Hellín, Albacete.

Objetivos. Determinar la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM), según los criterios del APT III, en las poblaciones de Almansa, Hellín y Villarrobledo en personas entre 40 y 70 años (con una población de 79000 habitantes entre los tres municipios) como repre-

sentación de la población de la provincia de Albacete. Determinar su distribución según características epidemiológicas.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal poblacional en individuos entre 40 y 70 años en las poblaciones antes mencionadas, mediante un muestreo aleatorio simple, obteniéndose una participación final de 425 personas (141 en Almansa, 128 Hellín y 156 Villarrobledo) alcanzando un índice de confianza (IC) del 95% con un error de estimación de $\pm 5\%$, según prevalencia en otro estudio poblacional realizado en Canarias. La edad media de la muestra fue de 53.1 años (IC 95%: 52.3-54), con un 50,4% de mujeres y un 49,2% de hombres. Previo consentimiento informado, en una primera fase a todos los participantes se les realizó una extracción sanguínea determinándose factores relacionados con el SM y una segunda fase de entrevista y exploración física, en la cual no participaron 4 individuos.

Resultados. La prevalencia total del SM fue del 20,8% (88 personas) con una edad media de 57 años (IC 95%: 55.1-59). Por municipios se detectó una prevalencia del SM del 23.6% en Almansa, un 18.9% en Hellín y un 20,1% en Villarrobledo, sin diferencias estadísticamente significativas interprovincial. Entre los pacientes con SM el 94,3%(83/88) tenían hipertensión arterial, el 85.2% (75/88) presentaban circunferencia cintura aumentado, el 59,1% (52/88) hipertriglicidemia, el 55.3%(49/88) hiperglucemia y el 39,8% (35/88) descenso de HDL. Por otra parte el 71.1% (63/88) de los individuos con SM cumplían tres criterios, el 21.6% (19/88) cuatro y el 6.8% (6/88) los cinco criterios. No se objetivaron diferencias en cuanto al sexo entre los pacientes con SM siendo el 48.9% varones y el 51.1% mujeres. La prevalencia del SM aumenta con la edad observándose diferencias estadísticamente significativas. Por grupos de edad, entre 40-49 años la prevalencia de SM fue del 13.4%, entre 50-59 años del 18.6% y entre 60-70 años del 33.6%.

Discusión. Desde 1998 la OMS ha establecido una definición operativa de Síndrome Metabólico (SM) y ha recomendado medidas para su evaluación y prevención dada la importancia que este síndrome tiene en el proceso de arteriosclerosis. La prevalencia del SM entre individuos entre 40 y 70 años en nuestro estudio realizado en la provincia de Albacete no es despreciable, siendo algo menor que el estudio Canario que fue del 24.4%. Ésta aumenta con la edad siendo los individuos mayores de 60 años los más afectados, sin encontrarse diferencias por sexos. La hipertensión arterial y el aumento de la circunferencia de cintura son los factores más prevalentes del SM en nuestro estudio.

Conclusiones. Teniendo en cuenta la importante comorbilidad que este síndrome conlleva, el conocimiento de su prevalencia y sus características en nuestro medio, así como su identificación y la intervención precoz sobre los distintos factores que la componen, contribuirían a una disminución de eventos cardiovasculares que se relacionan con este síndrome.

RV-106 ESTUDIO TRANSVERSAL DE INTERVENCIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR (FRV) EN LA POBLACIÓN HOSPITALARIA INGRESADA EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

A. Benavente Fernández, J. Ramos Clemente Romero, E. García González, M. Romero Jiménez, E. Ramírez Ortiz, M. del Castillo Madrigal, Y. Abu El Wafa y A. Barrios Merino

Medicina Interna. Infanta Elena. Huelva.

Objetivos. Los factores de riesgo vascular tienen una elevada prevalencia en la población general y son causantes de eventos con alta morbi-mortalidad. Esta verdadera epidemia se agrava por el hecho de ser silente, de manera que han de articularse mecanismos de detección y control a todos los niveles asistenciales. La hospitalización supone una ocasión inigualable para ejercer estos mecanismos de detección, si bien clásicamente se realiza únicamente en áreas de medicina. Por ello, el objetivo es realizar un estudio transversal para la detección de los siguientes factores de riesgo vascular; hipertensión arterial(HTA), diabetes mellitus(DM), dislipemia, obesidad y tabaquismo, en la población de pacientes ingresados en las distintas áreas quirúrgicas de un hospital de tercer nivel: cirugía, ginecología, urología, Otorrinolaringología, ofatología y traumatología, e intervenir sobre ellos terapéuticamente.

Material y métodos. Estudio transversal en los servicios expuestos, con los siguientes apartados: 1) Un cuestionario sobre sus antecedentes personales en cuanto a factores de riesgo vascular, para establecer los conocidos y su tratamiento. En este mismo cuestionario se recogerán los datos de filiación; edad, sexo, etc. 2) Procedimientos para la detección de los FRV. Obesidad: pesado, tallado y cálculo del índice de masa corporal (IMC). En pacientes encamados o que no puedan moverse se tomará como referencia su peso y talla habitual. HTA: revisión de la gráfica de constantes de enfermería para la valoración de las cifras de TA (se tomarán como referente para el diagnóstico de HTA, dos cifras tomadas en días distintos, en condiciones de ausencia de dolor o estrés). Dislipemia: extracción analítica para la determinación del perfil lipídico tras al menos 8 horas de ayunas. Trastornos del metabolismo hidrocarbonado: extracción analítica para la determinación de glucemia tras al menos 8 horas de ayunas. Aquellos pacientes con cifras de glucemia en ayunas entre 110 y 126 mg/dL, se les realizará sobrecarga oral de glucosa con 75 g de glucosa. Tabaquismo: quedará reflejado mediante el cuestionario inicial.

Resultados. Número de pacientes incluidos: 30, Pacientes excluidos: 1, por negativa a participar en el estudio. HTA: 14 de los 29 pacientes negaban antecedente de HTA. 5 de los 14, presentaban cifras diagnósticas de HTA; 35%. Obesidad: Prevalencia de la obesidad; 9 de 29 pacientes; 31%. DM: 23 pacientes de los 29 negaban antecedente de DM. 3 de estos 23 pacientes de los 23 presentaban cifras diagnósticas de DM; 13%. Dislipemia: 24 de los 29 pacientes negaban antecedente de dislipemia. 7 de estos 24 pacientes resultaron tener hiperlipidemia; el 29%. Tabaquismo: 7 pacientes fumaban activamente; 29%, y 5 lo hacían durante menos de 10 años.

Conclusiones. El ámbito hospitalario quirúrgico es útil para la investigación y actuación sobre los factores de riesgo vascular, suponiendo una motivación más para la inclusión de internistas en las áreas quirúrgicas. El factor de riesgo vascular con mayor rendimiento diagnóstico es la HTA, seguidos de la obesidad, dislipemia, y diabetes.

RV-107

PERFIL Y MODIFICACIONES TENSIONALES EN LOS HIPERTENSOS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS

V. Linde Menéndez¹, E. Fernández Pérez², F. Cañón Díaz¹, M. Jiménez Lozano¹, A. Peral Casado³, I. Iglesias Górriz⁴ e Y. Martínez¹

¹Urgencias, ²Medicina Interna, ³Atención Primaria, ⁴Cardiología. Hospital de León. León.

Objetivos. Los estudios epidemiológicos de hipertensión arterial se han realizado en distintos medios, Atención Primaria, Unidades especializadas, etc, desconociéndose la prevalencia en los Servicios de Urgencia. Presentamos el siguiente estudio cuyos objetivos son: 1. Prevalencia de la HTA en un Servicio de Urgencias y factores de riesgo cardiovasculares asociados. Perfil del hipertenso en nuestro medio. 2. Descripción del control tensional al ingreso y al alta de un Servicio de Urgencias. Conocer si existen modificaciones en las cifras tensionales debidas al stress reactivo en los pacientes hipertensos. 3. Antihipertensivos utilizados en los hipertensos con mal control.

Material y métodos. Estudio descriptivo de 2000 pacientes que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias por diferentes motivos. Salvo en situaciones críticas, a todos los pacientes se les recogieron en condiciones adecuadas y en sala especial habilitada tras su consentimiento, las cifras tensionales y se les realizó una encuesta sobre su situación basal, factores de riesgo, tratamiento y enfermedades clínicas asociadas. Asimismo se registraron las cifras de tensión arterial al alta del Servicio de Urgencias y los fármacos potencialmente hipotensores administrados durante su estancia en Urgencias. El período de estudio fue: Del 22 al 26 y del 29 al 31 de marzo de 2004; los días 1,2,22,27,29 de abril y del 10 al 13 de mayo de 2004. Estudio sistemático en horario de 9 a 14 horas en horario de mañana y 15 a 22 horas en jornada de tarde. Fue realizado por los mismos observadores (6) durante todo el periodo de estudio. Los criterios de inclusión siguiendo las Guías Europeas fueron: Cifras de TA > 139/89, diagnóstico de HTA o en tratamiento antihipertensivo; en diabetes TA > 129/79 y en insuficiencia renal crónica cifras de TA > 124/74.

Resultados. 1. Del total de pacientes de la muestra, n = 1992, el 48% fueron varones, la edad media fue de 59,99 años, el 22.2% eran hipertensos conocidos y el 19,7% recibían tratamiento antihipertensivo. Los pacientes incluidos para nuestro estudio ascendieron a 650 (32.63%) y de estos el 9,5% eran fumadores, el 26.5% exfumadores, diabéticos:22.4%, dislipémicos: 29,8%, historia familiar positiva en un 10,4%. En cuanto a los estados clínicos asociados, el 13.6% refería afectación cerebral, cardíaca en n 37.7%, renal en el 9,4%, vascular 17.3% y alteración retiniana en el 3.4%. 2. El mal control tensional (TA > 139/89) de los hipertensos conocidos y tratados ascendió al 69,9% al ingreso (con media de TAS de 157.57 y TAD de 87.03) y al 57.65% al alta del Servicio (media de TAS de 152.1 y TAD de 85.73). Si existieron modificaciones en las cifras tensionales debidas al stress reactivo en los pacientes hipertensos desde su ingreso al alta del Servicio, en cuanto a la TAS hubo una disminución media de 7.47 mmHg y con relación a la TAD hubo una disminución de cifras media de 2.29 mmHg, ambos resultados con significación estadística. 3. A pesar del tratamiento antihipertensivo, existe en nuestro estudio un 69,9% de hipertensos con mal control (274) y en el 53% incluso utilizando asociaciones. En el 50% de los casos de dos fármacos, siendo las más frecuentes el diurético más el IECA (43 casos) y el diurético más el ARA2 (27). Asociaciones de tres en el 3% (BBloqueante más IECA más Diurético). **Conclusiones.** 1. La prevalencia de HTA en nuestra muestra es del 22.2%. El factor de riesgo más frecuente es la dislipemia. En cuanto los estados clínicos asociados la afectación cardiológica es la más reconocida. 2. El control de la HTA es sólo del 30%. 3. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al descenso de cifras desde el ingreso al alta del Servicio de Urgencias, más acusadas en TAS.

RV-108

LA LECHE ENRIQUECIDA CON ESTEROLES VEGETALES DISMINUYE MÁS LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE COLESTEROL-LDL QUE LA LECHE ENRIQUECIDA EN OMEGA-3 EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA POLIGÉNICA

E. Galán Dorado, I. Pérez Camacho, M. Gómez Luna, M. Gómez Fernández, J. Delgado Lista, A. Lozano Rodríguez, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez

Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Estudiar si una leche semidesnatada enriquecida en esteroles vegetales es más eficaz para reducir los valores de colesterol-LDL que otra enriquecida en ácidos omega-3. Secundariamente, evaluar la influencia de esta intervención sobre otros componentes lipídicos, glucosa, parámetros antropométricos y tensión arterial.

Material y métodos. Estudio de intervención realizado con 15 pacientes con hipercolesterolemia poligénica. Se administraron 3 dietas (con un seguimiento de 4 semanas cada una) consistentes en una alimentación de tipo mediterráneo y 500 ml al día de leche semidesnatada que varía según la dieta: enriquecida en esteroles vegetales, ácidos grasos omega-3 o leche semidesnatada placebo. Se determinó al inicio del estudio y al final de cada periodo: colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos, Apo A-I, Apo B, Lp(a), glucosa, parámetros antropométricos y tensión arterial.

Resultados. Al comparar el período con esteroles vegetales frente al de la leche enriquecida en omega-3, observamos una disminución de los niveles plasmáticos de colesterol-LDL (144,16 ± 25,95 vs 156,94 ± 27,72; p < 0,05) y Colesterol total (221,58 ± 22,95 vs 232,87 ± 27,74; p < 0,05) a favor de los esteroles vegetales. No hubo diferencias con el resto de determinaciones.

Discusión. Nuestros resultados muestran que una alimentación de tipo mediterráneo junto con leche enriquecida en esteroles vegetales disminuye más los niveles plasmáticos de colesterol-LDL y colesterol total que otra con leche enriquecida en ácidos grasos omega-3. Pese a los beneficios conocidos de los omega-3, no encontramos influencia sobre las variables estudiadas al añadirlos a una leche semidesnatada.

Conclusiones. La leche semidesnatada enriquecida en esteroles vegetales resulta superior a la enriquecida con omega-3 para la reducción de las cifras de colesterol-LDL y colesterol total. Quizás falta más estudios que comparasen los efectos de algunos alimentos funcionales de acción supuestamente similar.

RV-109

LA RESPUESTA LIPÉMICA POSTPRANDIAL TRAS LA INGESTA DE DESAYUNOS RICOS EN DIFERENTES TIPOS DE GRASA ESTA INFLUENCIADA POR EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

A. Lozano, B. Cortés, R. Moreno, J. Delgado Lista, A. Gallego, R. Fernández de la Puebla, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez

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

Objetivos. Evaluar la influencia que tiene el índice de masa corporal (IMC) en el efecto de la ingesta aguda de diferentes tipos de grasa sobre la respuesta lipémica postprandial.

Material y métodos. Veintinueve varones sanos siguieron una dieta de estabilización durante 4 semanas, y posteriormente, se sometieron en un diseño aleatorizado y cruzado, a tres comidas que contenían 1 gramo de grasa por kilogramo de peso (65% de grasa). Cada comida tenía una diferente composición en ácidos grasos, y el consumo de cada una de ellas estuvo separado por una semana. La composición de las 3 comidas fue como sigue: comida rica en aceite de oliva (22% ácidos grasos saturados (SAFAs), 38% ácidos grasos monoinsaturados (MUFAs), 4% ácidos grasos poliinsaturados (PUFAs), y 0,7% ácido graso omega 3 (linolénico), comida rica en mantequilla (38% SAFAs, 22% MUFAs, 4% PUFAs, y 0,7% ácido linolénico), y comida rica en nueces (20% SAFAs, 24% MUFAs, 16% PUFAs, y 4% ácido linolénico). En cada una de las comidas, se les realizó un estudio de lipemia postprandial con extracciones de sangre en los tiempos 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8,5, y 11 horas, en las que se midieron la concentración de colesterol y triglicéridos en plasma y las distintas fracciones lipoproteicas.

Resultados. Los sujetos con IMC superior a la mediana (26,18) tenían mayor acúmulo postprandial de TG tanto plasmáticos, como presentes en LRT, independientemente de la comida administrada (ANOVA para medidas repetidas, efecto del IMC: $p < 0,05$). Además, presentaron mayor área bajo la curva (AUC) de colesterol y triglicéridos presentes en las LRT pequeñas tras la sobrecarga con comida rica en nueces, con respecto a una comida rica en aceite de oliva ($p < 0,05$).

Conclusiones. Los sujetos con mayor peso presentan una respuesta postprandial incrementada respecto a los voluntarios con peso normal, y se benefician del aporte de grasa en forma de ácidos grasos monoinsaturados, como el aceite de oliva, para disminuir sus niveles de partículas propias de la situación postprandial, asociadas al desarrollo de aterosclerosis y enfermedad cardiovascular.

RV-110

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PRE Y POSTINGRESO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN 40 SERVICIOS DE MEDICINA

A. Michán Doña¹, I. De los Mártires Almingol², P. Serrano Aisa³, M. Montero Pérez Barquero⁴, P. Sampérez Legarre², P. Conthe Gutiérrez⁵ y Grupo DICAMI⁶

¹Medicina Interna. Hospital de Jerez. ²Medicina Interna. Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. ³Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Montpellier. Zaragoza. ⁴Medicina Interna. Reina Sofía. Córdoba. ⁵Medicina Interna. Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Medicina Interna. 40 hospitales. España.

Objetivos. Estudiar el control de los factores de riesgo cardiovascular antes y a los 12 meses de su ingreso, en los pacientes diabéticos que ingresan por insuficiencia cardíaca en 40 servicios de medicina interna.

Material y métodos. En dos periodos: 1 al 15 de junio y 1 al 15 de noviembre de 2003 estudiamos todos los pacientes diabéticos consecutivos que ingresaron en 40 servicios de medicina interna. De esta muestra, XXX pacientes ingresaron por insuficiencia cardíaca. El seguimiento se hizo mediante entrevistas telefónicas a los 3 y 6 meses y visita médica a los 12 meses del ingreso.

Resultados. La población de estudio fue de 235 pacientes (42,6% varones y edad $74,6 \pm 8$ años). Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) al ingreso fueron: HbA1C > 6,5%: 99,5%, TAS > 130:

69,4%, LDL > 100: 52,8%, tabaquismo 3,8% (exfumadores 29,4%), sedentarismo acfísica 65,5%, obesidad 44,3%, sobrepeso 35,3% Respecto al control de los FRCV, su prevalencia al año fue: HbA1C > 6,5%: 95,1%, TAS > 130: 71,4%, LDL > 100: 62,9%, sedentarismo 49,2%, obesidad 43,5%, sobrepeso 37,6%. A los 12 meses falleció o reingresó el 69,8% de la población inicial.

Discusión. El control de los FRCV es difícil en la población general. De forma sustancial existen factores que empeoran su control: edad avanzada, importante pluripatología, múltiples FRCV, polimedición, pacientes con alta prevalencia de déficits visuales, cognitivos, motores. Todos estos factores se combinan en la población que hemos estudiado, por lo que se comprende el pobre control de los FRCV.

Conclusiones. Los pacientes diabéticos que ingresan y presentan insuficiencia cardíaca son una población de edad avanzada y con muy alta polimedición, pese a lo cual, el control de los FRCV es claramente mejorable.

Medicación de los pacientes al ingreso, al alta y a los 12 meses de seguimiento.

| | Al ingreso | Al alta | A los 12 meses |
|--------------------|------------|---------|----------------|
| IECA | 38,3 | 43,1 | 36,6 |
| ARA-2 | 28,6 | 25,1 | 30,3 |
| Betabloqueantes | 25,1 | 24,6 | 33,8 |
| Calcioantagonistas | 28,5 | 25,1 | 34,5 |
| Diuréticos de asa | 66,8 | 83,9 | 88 |
| Espironolactona | 18,3 | 22,3 | 26,1 |
| Estatinas | 32,3 | 43,1 | 47,9 |
| Antiagregantes | 46 | 46,9 | 54,2 |
| Anticoagulantes | 28,9 | 31,3 | 35,9 |

RV-111

TOMA DE DECISIÓN TRAS LA MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

J. Ampuero, A. Lozano, B. Cortés, L. Núñez y M. Montero Pérez Barquero

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

Objetivos. Evaluar los cambios terapéuticos realizados tras la monitorización de presión arterial ambulatoria (MAPA) y su relación con variables del estudio. Analizar las características basales, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y cálculo de RCV en una muestra de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial en seguimiento en una consulta de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio de cohorte prospectivo, seleccionando de forma secuencial 56 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) según criterios de la OMS (TAS ≥ 140 y/o TAD ≥ 90 mmHg), en seguimiento en las consultas externas de Medicina Interna de nuestro hospital, a los que se les solicita una MAPA. Se registraron: Motivo de la MAPA, género, edad, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, años de evolución de HTA, enfermedad cardiovascular, lesión de órgano diana, FRCV (diabetes mellitus, tabaquismo, dislipemia), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, tratamiento antihipertensivo. A cada paciente se le realizó una MAPA de 24 horas de duración mediante el sistema Space Labs® Mod 90207 (USA). El cálculo del RCV global de cada paciente se realizó utilizando tablas de la OMS/ISH. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente mediante la T de Student o Chi-cuadrado según las variables fueran cuanti o cualitativas mediante el paquete estadístico SPSS 10,0E.

Resultados. Nuestra muestra consta de 30 mujeres (53,6%) y 26 hombres (46,4), con una edad media de 58,8 años y 6,51 años de evolución de la HTA. El índice de masa medio fue de $30,47 \text{ kg/m}^2$ y $97,4 \text{ cm}$ de perímetro abdominal medio. El 60,4% seguía tratamiento con al menos 2 fármacos hipotensores y hasta el 15,1% recibía 4 o más medicamentos. El motivo de realización del MAPA fue la valoración de la eficacia del tratamiento en un 44,6%. Se de-

tecaron un 17,9% fumadores, 19,6% diabéticos y 57,1% diagnosticados de dislipemia. El 14,3% se encontraba en situación de prevención secundaria de ECV y un 8,9% presentaba lesión de órgano diana. En cuanto a distintos patrones de comportamiento nocturno de la presión arterial, el 57,2% de nuestra población eran no reductores durante el descanso (41,1% non-Dipper y 16,1% Riser o elevadores). Con estos datos, el RCV calculado fue elevado o muy elevado en un 37,5% de la muestra. Con los datos de la MAPA, se modificó el tratamiento en 37 pacientes (46,4% aumento de tratamiento; se redujo tratamiento en un 8,9% de la muestra; en un 10,7% se modificó el horario de administración sobre el mismo tratamiento). En el análisis bivalente, solo existe relación del cambio terapéutico con el número de fármacos con que se tratan los pacientes (2,29 en los que si cambiaron vs 1,28 en los que no hicieron, $p = 0,01$).

Conclusiones. La muestra de nuestro estudio presenta un porcentaje alto de no reductores durante el descanso nocturno más evidente en los pacientes de mayor edad, presentando casi la mitad de los pacientes un elevado o muy elevado riesgo vascular calculado. Ello llevó a la modificación del tratamiento en un 66% de la muestra, por lo que creemos de utilidad la realización de MAPA en esta población de pacientes para tomar decisiones de adaptación horaria y optimización del tratamiento antihipertensivo. Bibliografía: Guideline Comité. Journal of Hipertensión. 2003;21;6:1011-53.

RV-112 IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS ECG PREDICTORES DE MANTENIMIENTO EN RITMO SINUSAL

L. Ferreira, M. Moya, D. Llinares, P. Varela, P. Asensio, R. Nicolás, C. Pellicer y V. Ramos

Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Objetivos. Determinar si existen signos en el ECG (relacionados con la actividad auricular), tanto en estado de fibrilación auricular, como después de la cardioversión eléctrica, que permitan predecir que pacientes se van a mantener en ritmo sinusal.

Material y métodos. Estudio de cohorte prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con fibrilación auricular persistente (no paroxística), de menos de 3 años de duración y con FE mayor 20%. Criterios de exclusión: contraindicación para el uso de losartan, amiodarona o acenocoumarol. Se incluyeron de forma consecutiva 50 pacientes con FA persistente de más de un mes de duración. La cardioversión eléctrica y seguimiento fue realizado por un servicio de medicina interna. Se realizó un intento agresivo de mantenimiento en sinusal combinando amiodarona y losartan en todos los pacientes. El tiempo de seguimiento fue 4 años, realizándose control electrocardiográfico cada 3 meses. Antes de la cardioversión se cuantificó la frecuencia de QRS. Posteriormente a la cardioversión se cuantificó la frecuencia de extrasístoles supraventriculares, la duración y amplitud de la onda P, así como la frecuencia de la onda P en diferentes tiempos postcardioversión.

Resultados. En nuestra cohorte se produjo una alta tasa de mantenimiento en ritmo sinusal superior al 60%. Solo un 12% de los pacientes recibieron más de una cardioversión eléctrica inicial. Tener más de 75 años en el momento de cardioversión no empeora el tiempo de supervivencia en sinusal. Ni la frecuencia de los QRS precardioversión, ni las características de la onda P o del intervalo PR modifican el tiempo de permanencia en sinusal. Solo la presencia de extrasístoles supraventriculares y a razón de más de 1 por minuto significativamente empeoran el tiempo de mantenimiento en sinusal. La mayoría de los pacientes cardiovertidos se mantuvieron con tendencia a la bradicardia, pero las diferentes frecuencias de mantenimiento no modificaron la probabilidad de mantenerse en sinusal.

Discusión. Solo la no existencia de extrasístoles de manera frecuente después de la cardioversión eléctrica fue un predictor significativo de mantenimiento en ritmo sinusal.

Conclusiones. El ECG tiene poca capacidad predictiva para excluir a los pacientes que no se mantendrán en ritmo sinusal y poder evitar cardioversiones innecesarias. La ausencia de extrasístoles favorece el ritmo sinusal.

RV-113 ASOCIACIÓN ENTRE LOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LAS GLUTATION-S-TRANSFERASAS Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. Sánchez Ledesma¹, I. Cruz González², E. Puerto Pérez¹, N. Cubino¹, C. González Marañón¹, E. Corral³, R. González Sarmiento³ y A. Sánchez Rodríguez¹

¹Medicina Interna I, ²Cardiología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. ³Unidad de Medicina Molecular. Departamento de Medicina-Universidad de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. Diversos factores genéticos han sido asociados con la patogénesis de la hipertensión arterial. Estudios recientes sugieren que las glutación S transferasas (GST), unos enzimas de fase II hepáticas implicadas en el metabolismo de fármacos y xenobióticos, juegan un papel esencial en la protección contra el estrés oxidativo en el endotelio vascular y se supone que podrían ser un mecanismo protector contra la aterogénesis. Además se ha demostrado como las GST modifican la respuesta inflamatoria a nivel endotelial. Por tanto, y teniendo en cuenta que la presión arterial está regulada en parte a nivel endotelial, las GSTs podrían estar relacionadas con la hipertensión arterial pero esta hipótesis no ha sido demostrada hasta el momento. Nos planteamos de forma original analizar las diferencias en la distribución genotípica de GST entre pacientes con hipertensión y pacientes con presión arterial normal.

Material y métodos. Realizamos un estudio de casos y controles. Seleccionamos 284 hipertensos consecutivos de la Unidad de Hipertensión Arterial y 112 controles (tamaño muestral estimado para un intervalo de confianza del 95% y potencia del 85%). Los polimorfismos genéticos GSTM1, GSTP1 Y GSTT1 fueron determinados mediante reacción en cadena de la polimerasa. La asociación entre los diversos genotipos y la presencia o ausencia de hipertensión fue determinada mediante el test de la chi cuadrado, la magnitud de la asociación expresada mediante la odds ratio, la precisión mediante el intervalo de confianza, y se estableció la significación estadística en $p > 0,05$.

Resultados. La media de edad de los pacientes con hipertensión fue de $64,3 \pm 14$ años, 45% varones. No existieron diferencias en edad y sexo respecto al grupo control. El análisis de la distribución de los genotipos GSTM1 y GSTP1 no mostraron diferencias entre los grupos estudiados, sin embargo el alelo GSTT1 es más frecuente en los pacientes hipertensos (81%) que en el grupo control (69%) (OR: 1.68; Intervalo de confianza: = 1.021-2.77; $p < 0,05$)

Discusión. Según nuestros datos el alelo GSTT1 se asocia con la hipertensión arterial. La patogénesis de la hipertensión arterial podría estar determinada al menos en parte por modificaciones en el metabolismo de compuestos tóxicos de estrés oxidativo; aunque no se puede descartar que la implicación de las GST sea debida a su capacidad para modular la respuesta inflamatoria.

Conclusiones. El alelo GSTT1 puede ser considerado como un marcador genético de predisposición para la hipertensión arterial.

RV-114 REGISTRO DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN LA HISTORIA CLÍNICA

A. Conde Martel¹, N. Sujanani Afonso¹, M. Hemmersbach Miller¹, C. Roque Castellano², A. Alonso Alvarado², J. Ruiz Hernández¹, X. Álvarez Díaz¹ y J. Rodríguez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas.

Objetivos. Conocer la frecuencia con que se recoge el consumo de tabaco y alcohol en la historia clínica en el servicio de urgencias y en pacientes hospitalizados. Analizar si existen diferencias en función de las características de los pacientes y de que se encuentre en un servicio médico, quirúrgico o de urgencias.

Material y métodos. Se analizaron las historias clínicas de 225 pacientes hospitalizados, 217 de los cuales habían ingresado a través del Servicio de Urgencias. Se encontraban en un servicio de Medicina Interna 151 pacientes (67,1%) y en un Servicio de Cirugía General 74 (32,9%). Se recogió la edad, sexo y el registro de consumo de tabaco y alcohol, tanto en urgencias como en planta. Se analizó si existía relación entre la recogida del consumo de tabaco y alcohol

y la edad o sexo de los pacientes o si ingresaban en un servicio médico o quirúrgico. Se utilizó el test de χ^2 para evaluar la relación entre variables cualitativas y el test T-Student para la relación entre variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados. De los 225 pacientes estudiados 108 eran varones (48%) y 117 mujeres (52%), con una edad media de 67,4 (DE: 16,2). Globalmente el consumo de tabaco en planta se registró en 121 de los 225 pacientes (53,8%) y el de alcohol en 104 de los 225 pacientes (46,2%). Al considerar separadamente los pacientes en función del servicio en que ingresaban, se observó un registro significativamente superior en el Servicio de Medicina Interna respecto al de Cirugía General ($p < 0,001$), (tabla 1). En urgencias el registro fue significativamente inferior ($p < 0,001$) recogiéndose el consumo de tabaco en 72 de 217 pacientes (33,2%) y el de alcohol en 53 de 217 (24,4%). En 37 pacientes (16,4%) existía algún motivo que impedía la correcta anamnesis. La evaluación de la cantidad consumida, en aquellos casos en que el consumo fue positivo, se realizó 51 de 72 pacientes fumadores (70,8%) y en 36 de 55 bebedores (65,5%). El sexo masculino se asoció a una mayor frecuencia de registro del consumo de tabaco y alcohol ($p = 0,001$ y $0,031$ respectivamente), sin embargo no se observaron diferencias en función de la edad.

Discusión. A pesar de que la historia clínica es el principal método para detectar el consumo de tabaco y alcohol, con una elevada frecuencia no se interroga sobre ello, sin que existan motivos que lo justifiquen.

Conclusiones. Considerando globalmente servicios médicos y quirúrgicos, el consumo de tabaco y alcohol se recoge en la historia clínica únicamente en la mitad de los pacientes. Sin embargo, el registro es significativamente superior en el Servicio de Medicina Interna respecto al de Cirugía aproximándose a los 2/3 de los pacientes. Los pacientes varones son interrogados con más frecuencia que las mujeres.

Registro del consumo de tabaco y alcohol por servicios.

| | Urgencias | Medicina interna | Cirugía general | Total |
|--------------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Consumo de tabaco | 72/217 (33,2%) | 105/151 (69,5%) | 16/74 (21,6%) | 121/225 (53,8%) |
| Consumo de alcohol | 53/217 (24,4%) | 94/151 (62,3%) | 10/74 (13,5%) | 104/225 (46,2%) |

RV-115 CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN 40 SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA: EL ESTUDIO DICAMI

M. Montero Pérez Barquero¹, I. De los Mártires Almingol², P. Serrano Aisa³, P. Sampérez Legarre², A. Michán Doña⁴, P. Conthe Gutiérrez⁵ y Grupo DICAMI⁶

¹Medicina Interna. Reina Sofía. Córdoba. ²Medicina Interna. Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. ³Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Montpeller. Zaragoza. ⁴Medicina Interna. Hospital de Jerez. Jerez. ⁵Medicina Interna. Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Medicina Interna. 40 hospitales. España.

Objetivos. Estudiar el control de los factores de riesgo cardiovascular y el pronóstico a 12 meses de los pacientes diabéticos ingresados en 40 servicios de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudiamos a todos los pacientes ingresados consecutivamente en 40 servicios de Medicina Interna entre el 1y el 15 de junio y entre el 1 y el 15 de noviembre de 2003. El seguimiento se realizó mediante entrevistas telefónicas a los 3 y 6 meses, y se realizó también una visita médica a los 12 meses del ingreso.

Resultados. La muestra obtenida fueron 575 pacientes (49,3% varones, edad $73,8 \pm 9$ años; edad de los varones $72,7 \pm 9$ años vs $74,9 \pm 8$ años para las mujeres, $p = 0,003$). Eran diabéticos insulino-dependientes el 37,7%, y tomaban antidiabéticos orales el 53,5%. El 14,4% no tomaba ni insulina ni antidiabéticos orales. Los años de evolución de la diabetes en nuestra población fue de $9,9 \pm$

8 años (años de evolución de los varones 9 ± 8 años vs $10,8 \pm 8$ años para las mujeres, $p = 0,006$). Los factores de riesgo cardiovascular al ingreso fueron: HbA1C $> 6,5\%$: 98,2%, TAS > 130 : 64,8%, LDL > 100 : 51%, tabaquismo 6,8% (exfumadores 34,7%), sedentarismo 58,5%, obesidad 34,4%, sobrepeso 43,1% Respecto al control de los factores de riesgo cardiovascular, su prevalencia al año fue: HbA1C $> 6,5\%$: 98%, TAS > 130 : 74,7%, LDL > 100 : 64,1%, sedentarismo 48,9%, obesidad 34,6%, sobrepeso 44,1%. La mortalidad en el ingreso fue del 8,3%, a los 3 meses un 9,4% más, otro 4,2% a los 6 meses, y a los 12 meses un 4% más (mortalidad total a los 12 meses 26,6% de la población inicial). Respecto al reingreso, fue del 28,2% a los 3 meses, del 20% a los 6 meses, y a los 12 meses del 27% de la población viva al inicio de cada periodo, respectivamente. Durante estos 12 meses, el 47% de los pacientes había tenido que reingresar. En total, el 61,8% de la población inicial había fallecido o había tenido que reingresar.

Discusión. Los pacientes diabéticos que ingresan en los servicios de Medicina Interna tienen una elevada edad media y una diabetes de larga evolución. Al momento del ingreso, presentan un pobre control de sus factores de riesgo cardiovascular, que no mejora a lo largo del seguimiento. Probablemente estos tres factores sean determinantes del mal pronóstico de esta cohorte. Una mayor atención en el control de los factores de riesgo cardiovascular debería mejorar tanto la supervivencia como la calidad de vida de estos pacientes.

Conclusiones. El control de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes que ingresan en los servicios de Medicina Interna es claramente mejorable. El pronóstico de estos pacientes a un año es malo, con elevadas tasas de mortalidad y reingresos.

RV-116 FUNCIÓN RENAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

M. Moreno Palanco¹, C. Ciria de Pablo¹, P. Ibáñez Sanz¹ y C. Suárez Fernández¹

¹Medicina Interna. Universitario de La Princesa. Madrid. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud 2. Madrid.

Objetivos. Comparar la función renal y su evolución como factor de riesgo cardiovascular entre dos grupos de pacientes de prevención secundaria que forman parte de un ensayo clínico aleatorizado de intervención y analizar su relación con la morbimortalidad cardiovascular.

Material y métodos. Determinación de la creatinina plasmática y el aclaramiento de creatinina basales y al año de un ingreso por episodio cardiovascular agudo. El aclaramiento se calcula mediante la fórmula modificada MDRD-7. Durante este año un grupo ha participado en una intervención integrada e intensiva sobre los factores de riesgo cardiovascular en una consulta específica y el grupo control ha realizado el seguimiento habitual en las consultas de cardiología y neurología y/o medicina de familia.

Resultados. Se han estudiado 247 pacientes, 121 del grupo intervención y 126 del grupo control. La edad media del primer grupo es de 64,89 años (desviación típica 11,53) y la del segundo grupo 65,6 años (desviación típica 14,32). Las cifras de creatinina y de aclaramiento de creatinina basales y al año y sus diferencias respectivas se muestran en la tabla 1. No existe asociación entre los parámetros de función renal (creatinina basal y a un año, aclaramiento de creatinina basal y a un año) y los eventos cardiovasculares en 1 año, si bien se aprecia una tendencia a que la evolución desfavorable del aclaramiento de creatinina podría conllevar un mayor riesgo de presentar un nuevo evento cardiovascular (RR 2,23, IC 95% 0,49 a 10,06; $p = 0,29$).

Discusión. A pesar de que la creatinina basal es ligeramente superior en el grupo intervención, se logra una evolución favorable de las cifras en un año. La diferencia de esta evolución con el grupo control es significativa. No se han encontrado diferencias significativas en la evolución del aclaramiento de creatinina, probablemente debido a un tiempo de seguimiento insuficiente. Existe una asociación (RR = 2,23) que no llega a ser estadísticamente significativa entre la evolución de la creatinina y los episodios cardiovasculares que han presentado los pacientes a lo largo del año de seguimiento.

Conclusiones. La intervención multifactorial intensiva realizada en esta consulta específica de prevención secundaria de enfermedad

cardiovascular consigue una evolución más favorable en un año de las cifras de creatinina comparado con el grupo control. Se aprecia una tendencia favorable a la asociación entre el aumento de las cifras de creatinina y el número de episodios cardiovasculares que presentan los pacientes en el año de seguimiento.

Creatinina y aclaramiento de creatinina basal y un año después del episodio inicial.

| | Grupo | Grupo | Grupo | Grupo | p |
|---------------------------|--------------|-------------------|---------|-------------------|-------|
| | intervención | intervención | control | control | |
| | Media | Desviación típica | Media | Desviación típica | |
| Creatinina basal | 1,19 | 0,67 | 1,05 | 0,32 | 0,03 |
| Creatinina 1 año | 1,14 | 0,24 | 1,18 | 0,32 | 0,33 |
| Creat. 1 año-Creat. basal | -0,08 | 0,72 | 0,12 | 0,28 | 0,016 |
| ClCr basal | 74,23 | 23,41 | 69,84 | 18,51 | NS |
| ClCr 1 año | 67,84 | 19,58 | 66,27 | 16,99 | NS |
| ClCr 1 año-ClCr basal | -3,94 | 20,83 | -1,89 | 14,41 | NS |

**RV-117
HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE HTA**

C. Teijo Núñez, S. Pérez Andrada, E. Fernández Pérez, M. Muñoz Rodríguez, I. Muinelo Voces y F. Mourad
Medicina Interna. León.

Objetivos. Conocer las características de los hipertensos diabéticos que acuden a la Unidad de HTA de la provincia de León y calcular su riesgo de eventos cardiovasculares mayores según las guías de la Sociedad de Europea de HTA y la de la Sociedad de Cardiología del 2003.

Material y métodos. Se estudiaron todos los pacientes que acudieron como nuevos a la consulta de HTA en el período comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2004, estudiándose grado hipertensión arterial que presentaban, dislipemia, presencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo, niveles de proteína C reactiva, perímetro abdominal, microalbuminuria y evidencia de placa aterosclerótica factores todos ellos que inciden en el computo del riesgo cardiovascular total.

Resultados. En nuestro estudio se evaluó un total de 193 pacientes de los cuales eran HTA un total de 186, lo que suponía el 96,37%, de los cuales el 23,8% eran diabéticos tipo 2, se pretendía observar si como en el resto de comunidades, los pacientes con diabetes presentaban incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular y confirmar si además, en nuestros diabéticos también coexisten con mayor frecuencia que el resto de los hipertensos, otros factores de riesgo aterogénicos, como una mayor prevalencia dislipemia, mayor presencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo, niveles más elevados de proteína C reactiva, perímetro abdominal alterado, microalbuminuria y evidencia de placa aterosclerótica, factores todos ellos que inciden en el computo del riesgo cardiovascular total. Los resultados de nuestro estudio se muestran en la tabla 1, donde queda claramente demostrado que todas estas variables que condicionan el riesgo de padecer un evento cardiovascular mayor son más frecuentes en diabéticos.

Discusión. La prevalencia de la DM para la población adulta española es del 10%, de la cual se estima que al menos de la mitad está bien diagnosticada y sólo una tercera parte están controlados. Un aumento de el esfuerzo diagnóstico y en el control de la DM contribuye a disminuir su morbi-mortalidad y por lo tanto a mejorar su supervivencia de nuestros pacientes. La reducción intensa de la presión arterial en pacientes diabéticos es capaz de prevenir de forma más eficiente las complicaciones cardiovasculares, especialmente aquellas que con mayor frecuencia se dan en pacientes diabéticos como son enfermedad coronaria e ictus. Así mismo, las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbi-mortalidad en los diabéticos, derivado de estas afirmaciones se desprende la necesidad de un control y un seguimiento más estricto de nuestros pacientes diabéticos que en muchos casos debe realizarse en unida-

des especializadas como son las Unidades de HTA y riesgo cardiovascular.

Conclusiones. La prevalencia de la DM para la población adulta española es del 10%, de la cual se estima que al menos de la mitad está bien diagnosticada y sólo una tercera parte están controlados. Un aumento de el esfuerzo diagnóstico y en el control de la DM contribuye a disminuir su morbi-mortalidad y por lo tanto a mejorar su supervivencia de nuestros pacientes. La reducción intensa de la presión arterial en pacientes diabéticos es capaz de prevenir de forma más eficiente las complicaciones cardiovasculares, especialmente aquellas que con mayor frecuencia se dan en pacientes diabéticos como son enfermedad coronaria e ictus. Así mismo, las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbi-mortalidad en los diabéticos, derivado de estas afirmaciones se desprende la necesidad de un control y un seguimiento más estricto de nuestros pacientes diabéticos que en muchos casos debe realizarse en unidades especializadas como son las Unidades de HTA y riesgo cardiovascular.

**RV-118
ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PAUTAS DE INSULINA SOBRE LA PRESENCIA DE HIPOGLUCEMIAS, MEDIDA MEDIANTE UN MONITOR CONTINUO DE GLUCOSA**

M. Fernández Galante¹, E. González Sarmiento² y J. Zurro Hernández³

¹Medicina Interna, ²Medicina Interna, ³Endocrinología. Clínico Universitario. Valladolid.

Objetivos. Muchos pacientes diabéticos tipo 1 están mal controlados con su tratamiento habitual con insulina de acción intermedia, por el gran número de hipoglucemias que presentan y por el mal control metabólico. El objetivo de este trabajo es comparar la insulina de acción lenta con la de acción intermedia, ver sus ventajas e inconvenientes con el fin de mejorar el control metabólico y evitar las hipoglucemias y secundariamente las complicaciones diabéticas.

Material y métodos. Es un estudio prospectivo observacional en el que se compararon dos grupos de pacientes diabéticos tipo 1, uno de los cuales estaba en tratamiento con insulina de acción lenta y el otro, con insulina de acción intermedia. Se colocó durante un período de 3 días un monitor continuo de glucosa (Minimed®) a cada uno de los pacientes. El monitor consta de un microfilamento que inyectado en la región periumbilical a nivel intersticial, permite registrar los valores de glucemia cada 5 minutos, obteniendo así su perfil glucémico diario.

Resultados. La edad media de los pacientes era de 36,6 años. La mitad eran hombres y la otra mitad, mujeres. El IMC calculado fue de 24,052 (rango 19,43-29,97). El 20% eran fumadores. El 30% de los diabéticos tenían un tiempo de evolución menor de 10 años, el 50%, entre 10 y 20 años y el 20%, más de 20 años. El 50% estaba en tratamiento con insulina de acción lenta y el otro 50%, con insulina de acción intermedia. En cuanto a las complicaciones macro y microvasculares, el 20% de los pacientes presentaban retinopatía diabética y un 30% neuropatía diabética. Del conjunto de perfiles glucémicos obtenidos, se observó que el número de hipoglucemias en los pacientes tratados con insulina de acción lenta era de 3, mientras que los pacientes en tratamiento con insulina de acción intermedia era de 15. Las hipoglucemias eran más frecuentes entre las 7 y las 11 horas, en ambos grupos. El tiempo total que los pacientes tratados con insulina de acción lenta estuvieron en hipoglucemia fue de 30 minutos, mientras que los tratados con la insulina de acción intermedia fue de 4 horas y 35 minutos. En el grupo de pacientes tratados con insulina de acción lenta, las hipoglucemias eran más frecuentes en aquellos diabéticos con más de 20 años de evolución, mientras que en el otro grupo la frecuencia de hipoglucemias aumentaba a partir de los 10 años de evolución. En la siguiente tabla se observa el tiempo medio acumulado que los pacientes han estado en estos rangos de glucemia durante las 72 horas que duró el estudio (tabla 1).

Conclusiones. Los pacientes del estudio eran diabéticos muy evolucionados. Se aprecia que a mayor tiempo de evolución de la diabetes mellitus, el número de hipoglucemias es más elevado. Sin embargo, se observa que con la insulina de acción lenta se retrasa la aparición de hipoglucemia. El tiempo medio de permanencia en hi-

gloglucemia para los pacientes con insulina lenta es de 10 minutos mientras que para la insulina intermedia es de 46 minutos, predominando las hipoglucemias matutinas, en ambos grupos. Los pacientes tratados con insulina de acción lenta están más tiempo con valores de glucemia superiores a 160 mg/dl que los tratados con insulina de acción intermedia.

Tiempo medio acumulado.

| | < 70 | 70-160 | > 160 |
|---------------------|------------|-------------|-------------|
| Insulina lenta | 43 min | 18 h 43 min | 52 h 34 min |
| Insulina intermedia | 2 h 32 min | 23 h 22 min | 46 h 6 min |

RV-119
PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J. Mota¹, L. Micó², S. Jiménez³, M. Fernández Garcés¹, J. Font³, A. Fernández Nebro⁴, J. Todolí² y C. Solans⁵
¹M. Interna. H. de La Ribera. Alcira, Valencia. ²M. Interna, ³Coordinación informática. La Fe. Valencia. ⁴Enfermedades Autoinmunes. Clinic. Barcelona. ⁵M. Interna. Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. Identificar los subgrupos de pacientes diagnosticados de LES, con RCV elevado. Estudiar las alteraciones lipídicas y el grado de control terapéutico.

Material y métodos. Incluimos 125 pacientes, diagnosticados de LES, registrados en el estudio multicéntrico RCV/HISPALES. Evaluamos: edad, sexo, antecedentes precoces y/o familiares de enfermedad cardiovascular, factores clásicos de riesgo cardiovascular e Índice de Framingham, obesidad, sedentarismo y menopausia. Estadístico: SPSS, v12.

Resultados. El 86,4% de los pacientes eran mujeres. La edad media fue de 39,6 ± 14,8 años. El 13% habían padecido alguna enfermedad cardiovascular y el 11% tenía antecedentes familiares de la misma. Los FRCV presentes fueron por orden de frecuencia: dislipemia (35,4%), tabaquismo (26,4%), hipertensión arterial (22,2%), hipertrofia ventricular izquierda en el ECG (18%) y diabetes mellitus (5,2%). La prevalencia de sedentarismo fue del 65,4% y en el 15% el Índice de Framingham era superior a 20%. El 27,7% de las mujeres eran menopausicas con edad media de 43 ± 10,8 años.

Conclusiones. -Se trata fundamentalmente de mujeres de edad media o joven y casi un tercio de ellas en situación menopáusica. -La prevalencia de factores modificables de RCV fue elevada en nuestra serie, predominando el hábito sedentario, la dislipemia, el tabaquismo y la hipertensión arterial. El control terapéutico era insuficiente en un porcentaje importante de pacientes.

La influencia de otros factores de tipo emergente, genes relacionados con el RCV del LES y detección de enfermedad arteriosclerótica subclínica, se encuentra actualmente en fase de valoración.

Tabla 1.

| Variables cuantitativas | Valores normales | Unid. | Media | Desviación estándar |
|-------------------------|--------------------|-------------------|-------|---------------------|
| IMC | > 30 | kg/m ² | 24,4 | 6,5 |
| PAS | hasta 140 | mmHg | 120,2 | 19,3 |
| PAD | hasta 90 | mmHg | 74 | 12,6 |
| Glucemia | 65-110 | mg/dl | 94,8 | 35,8 |
| Urea | 25-50 | mg/dl | 40,9 | 35 |
| Creatinina | 0,7-1,4 | mg/dl | 188 | 46,1 |
| C-total | 150-250 | mg/dl | 188 | 46,1 |
| C-LDL | 65-150 | mg/dl | 114,2 | 33,5 |
| C-HDL | 35-60 | mg/dl | 52,4 | 15 |
| Triglicéridos | 50-150 | mg/dl | 120,9 | 69,3 |
| Cintura | según sexo | cm | 80,1 | 13,3 |
| Índice de Framingham | Mod. Anderson 1991 | % | 7, | 9,8 |

RV-120
PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DEL PACIENTE SUPERVIVIENTE AL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UN HOSPITAL GENERAL

C. Albaladejo Ortiz¹, A. Hernández Belmonte¹, J. Gallego Page², M. Navarro González³ y M. Aguilera Saldaña²
¹Medicina Interna, ²Cardiología, ³Geriatría. Complejo Hospitalario de Albacete. Albacete.

Objetivos. La información respecto al pronóstico de los pacientes tras un infarto agudo de miocardio (IAM) en nuestro medio es escasa. Nuestro objetivo es conocer las características clínicas, la terapéutica utilizada y el pronóstico del paciente superviviente a un IAM en un Hospital General.

Material y métodos. Se recogieron datos de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de IAM durante un periodo de nueve meses. Mediante la revisión de la historia clínica se obtuvieron datos epidemiológicos, clínicos y de tratamiento. Se realizó un seguimiento medio de 11,7 ± 5,8 meses, mediante entrevista telefónica, valorándose la mortalidad cardiovascular, el reingreso por síndrome coronario agudo (SCA) y la necesidad de nueva revascularización.

Resultados. Se obtuvieron resultados de doscientos nueve pacientes (161 varones y 48 mujeres), con una edad media de 66,3 ± 12,1 años. El tipo de IAM fue: 149 con onda Q y 40 no Q. La localización más frecuente del IAM transmural fue la inferior. Se realizó terapéutica de reperfusión en el 65% de los IAM Q (91 casos con trombolisis y 6 con ACTP primaria), y ACTP de rescate en el 15%. La complicación más frecuente fue la insuficiencia cardiaca. Se realizó ergometría en el 24% de los casos y cateterismo en el 65% de los pacientes, con una media de 1,4 vasos principales enfermos. Se indicó revascularización en el 48,8% de los casos (24 con cirugía y 78 con ACTP y stent). Durante el seguimiento se observó una mortalidad del 5,7%, un porcentaje de reingresos por SCA del 12% y un total de pacientes que precisaron revascularización del 7,2%.

Discusión. Las enfermedades cardiovasculares, principalmente el IAM, son la primera causa de mortalidad en nuestro medio. Nuestro estudio analiza el manejo clínico y pronóstico de los pacientes que sobreviven al IAM. La mayoría de datos epidemiológicos, clínicos y de tratamiento son superponibles a otros estudios. Más del 70% de los pacientes presenta un IAM Q, lo cual confirma la mayor proporción de IAM con indicación de tratamiento agudo de reperfusión. La tasa de cateterismo es superior a otros estudios, revelando éste dato, una tendencia progresiva hacia un mayor intervencionismo coronario. En el seguimiento de los pacientes observamos una buena evolución, con una mortalidad menor del 6% y un número de reingresos en torno al 7%.

Conclusiones. El uso de la terapéutica de reperfusión en el IAM transmural, así como la realización de cateterismo cardiaco y revascularización coronaria en los pacientes supervivientes al IAM, se puede considerar elevado. El pronóstico a corto plazo de éstos pacientes es bueno.

RV-122
AFECTACIÓN CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO EN SUJETOS CON SÍNDROME METABÓLICO

Y. Santisteban López¹, P. Fernández Jiménez¹, M. Rodríguez Martín¹, J. Gómez Garrido¹, I. Terrance de Juan², J. Beato Pérez³, J. Solera Santos¹ y Grupo de Estudio Síndrome Metabólico Albacete (GESMA)

¹Medicina Interna. Hospital de Hellín. Hellín, Albacete. ²Medicina Interna. Hospital General Albacete. Albacete. ³Medicina Interna. Hospital de Manzanares. Manzanares, Ciudad Real.

Objetivos. Analizar la asociación de eventos cardiovasculares previos y factores de riesgo en los sujetos con Síndrome Metabólico (SM), según los criterios del ATP III, en las poblaciones de Almansa, Hellín y Villarrobledo en personas entre 40 y 70 años.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal poblacional en individuos entre 40 y 70 años en las poblaciones antes mencionadas, mediante un muestreo aleatorio simple, obteniéndose una participación final de 425 personas (141 en Almansa, 128 Hellín y 156 Villarrobledo). Los datos se obtuvieron a través de una encuesta dirigida a determinar antecedentes y factores de riesgo cardiovascular, complementada con una exploración física y determinación

analítica. En 188 participantes se realizó además una medición de la presión arterial de las extremidades mediante doppler, calculándose el índice tobillo-brazo (ITB). Se consideró la presencia de enfermedad arterial periférica (EAP) en aquellos individuos que presentaban un ITB menor o igual a 0,9. Para valorar la asociación estadística entre variables cuantitativas se utilizó la prueba de t de Student y para las cualitativas Chi Cuadrado, considerándose significativo $p < 0,05$.

Resultados. En 88 participantes (20,8%) del estudio cumplieron criterios de SM. De entre las 188 personas que se les calculó el ITB, el 4,8% tenían EAP. Al realizar el estudio comparativo se encontró que la EAP y el SM se asociaban de forma estadísticamente significativa. Entre los antecedentes personales sólo encontramos diferencias significativas en los pacientes con historia previa de cardiopatía isquémica y el SM, no objetivándose relación con antecedentes de tabaquismo, accidente cerebrovascular o claudicación intermitente. De entre las variables analíticas tanto la insulinemia, proteína C ultrasensible, como la microalbuminuria presentaron diferencias significativas respecto al grupo sin SM, no siendo ésta significativa para niveles de LDL. La obesidad definida con índice de masa corporal ≥ 30 también se relacionó con este síndrome, así como la edad, siendo ésta mayor en el grupo con SM.

Discusión. El Síndrome Metabólico se asocia a un conjunto de factores de riesgo cardiovascular que tienden a agregarse en un grupo poblacional, los cuales presentan un incremento de eventos cardiovasculares condicionando un aumento de la morbi-mortalidad. Los resultados del estudio demuestran una asociación entre SM y eventos coronarios previos, así como una mayor prevalencia de EAP en estos pacientes. Se confirma un incremento de los marcadores de inflamación y daño endotelial, como la PCR y la microalbuminuria, en el grupo de SM, detectándose además niveles de insulina más elevados que en la población general, como reflejo de una resistencia a la insulina. **Conclusiones.** Con estos datos se debe hacer hincapié en el reconocimiento y control de los factores asociados en estos pacientes, para reducir la morbi-mortalidad de esta población de riesgo.

RV-123
PERFIL METABÓLICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL HOSPITALARIA

E. García Peñalver, D. Vinuesa García, A. Maldonado Martín, J. Cantero Hinojosa, A. Martín Salguero, R. Ríos Fernández, I. Aomar Millán y B. Gil Extremera
Medicina Interna. Unidad de HTA. H. Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Estudio descriptivo del perfil metabólico de los pacientes que acuden a una unidad de hipertensión arterial hospitalaria.

Material y métodos. De 623 pacientes atendidos en nuestra Unidad en los últimos quince años, seleccionados aleatoriamente, se recogieron los siguientes parámetros: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), glucemia basal, insulina basal, microalbuminuria, colesterol, HDL, LDL y triglicéridos. Se calculan estadísticos descriptivos de esta muestra, con el objetivo de obtener un perfil metabólico de la casuística atendida en nuestra Unidad.

Resultados. Edad media: 54+15 años, el 58% hombres. De entre las mujeres el 63% eran menopáusicas. El índice de masa corporal sólo se pudo calcular en 547 pacientes (hipertensos y no hipertensos), con una media de 30+5 kg/m². De ellos el 77% tenían un índice de masa corporal por encima de 27 kg/m² (el 60% eran hombres y el 40% mujeres). Estos pacientes presentaban media de glucosa basal de 98 + 23 mg/dl; de insulina basal 14+19 mg/dl y de microalbuminuria 18+58 mg/l. Sólo un 17,8% eran diabéticos (1,6% con diabetes mellitus tipo I y 16,2% con diabetes mellitus tipo II). En cuanto al perfil lipídico, los pacientes hipertensos presentaban: una media de colesterol total de 218+40 mg/dl; LDL 139+37 mg/dl; HDL 52+15 mg/dl y triglicéridos 135+82 mg/dl.

Conclusiones. La obesidad es una de las causas de hipertensión arterial más frecuente en los varones y se acompaña de alteraciones metabólicas, sobre todo de una diabetes mellitus tipo II y/o de hipercolesterolemia, lo que agravan el riesgo cardiovascular de estos pacientes hipertensos.

RV-124
INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PERFIL METABÓLICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

A. Martín Salguero, A. Maldonado Martín, E. García Peñalver, J. Cantero Hinojosa, D. Vinuesa García, R. Ríos Fernández, I. Aomar Millán y B. Gil Extremera
Medicina Interna. Unidad de HTA. H. Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Valorar las diferencias existentes en el perfil lipídico y glucémico de los pacientes hipertensos con y sin diabetes mellitus tipo 2. **Material y métodos.** En un total de 550 pacientes con hipertensión arterial que acudieron a la consulta hospitalaria de hipertensión arterial del Hospital Universitario San Cecilio de Granada se determinaron los siguientes parámetros: colesterol, triglicéridos, LDL, HDL, glucosa basal, insulina basal, microalbuminuria e índice de masa corporal (IMC) Estadística: t de Student para muestras independientes.

Resultados. Ver tabla. El IMC de los pacientes hipertensos con DM tipo 2 fue de 32,57±4,60 y el de los pacientes sin DM fue de 29,51±5,10 ($p = 0,000$).

Conclusiones. El aumento de la glucemia en los pacientes hipertensos se acompaña de una hipertrigliceridemia y un descenso de los niveles de HDL- colesterol e incremento del IMC, sin diferencias en los niveles basales de microalbuminuria e insulinemia.

RV-125
ESTUDIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS POBLACIONES DE ALMANSA, VILLARROBLEDO Y HELLÍN

M. Sáez Méndez¹, A. Navarro Martínez¹, Y. Santiesteban López¹, M. Martínez Díaz¹, O. Fuster Lluch², J. Vera Hernández² y G. GESD¹

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

Objetivos. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en los países desarrollados. El Síndrome Dismetabólico es determinante en el proceso de arterioesclerosis y en la morbi-mortalidad de origen cardiovascular por lo que el estudio de su prevalencia y de sus factores condicionantes es de gran importancia para conocer la salud de la población. Desconocemos si nuestra po-

Resultados ($p < 0,05$). (RV-124).

| | Colesterol (mg/dl) | Triglicéridos* (mg/dl) | LDL (mg/dl) | HDL* (mg/dl) | Glucosa basal* (mg/dl) | Insulina basal (mg/dl) | Albuminuria (mg/dl) |
|-------------------------------|--------------------|------------------------|--------------|--------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| Sin diabetes (Media + DS) | N=544 | N=543 | N=512 | N=531 | N=361 | N=275 | N=382 |
| Sin diabetes (Media + DS) | 217,79+40,21 | 139,55+82,91 | 139+37,23 | 52,07+15,20 | 98,18+23,61 | 14,54+19,40 | 18,05+58,70 |
| Diabetes tipo II (Media + DS) | N=87 | N=87 | N=80 | N=84 | N=45 | N=32 | N=67 |
| Diabetes tipo II (Media + DS) | 218,91+44,1 | 164,57+97,56 | 136,82+40,30 | 47,77+12,84 | 138,27+41,91 | 19,28+14,89 | 23,62+37,52 |

blación realiza hoy una dieta cardiosaludable y cuáles son sus hábitos de vida en donde se incluye la ingesta de alcohol. **Objetivos:** Conocer, en nuestro medio, la prevalencia de factores ambientales asociados a riesgo cardiovascular (dieta y hábitos de vida), que pueden ser modificados y útiles en la promoción de la salud, en un estudio diseñado para conocer la prevalencia del síndrome dismetabólico.

Material y métodos. Población de estudio: Individuos censados y residentes en las poblaciones estudiadas entre 40 y 70 años. Diseño: Estudio transversal. Muestra a utilizar: Muestreo aleatorio simple de personas que cumplan los criterios de inclusión y que, tras contacto por correo ordinario y telefónico, acepten participar en el estudio una vez informadas de las características del mismo. Tamaño de la Muestra: Calculada en virtud de una prevalencia estimada de Síndrome Metabólico en la población de las Islas Canarias del 24% y dependiendo de la población censada. Variables Se recogerán variables en un protocolo diseñado previamente. Para este apartado del estudio analizamos consumo de alcohol (deberán consumir la bebida alcohólica al menos una vez por semana) en gramos consumidos semanales. Análisis: Descriptivo de las variables recogidas en esta primera fase.

Resultados. Se realizaron encuestas a 421 individuos (235 p. son varones [56%]). De ellas 270 (64%) refieren consumo de alcohol con los criterios previos; 117 (43%) menos de 60 g/semanales, 139 (52%) entre 60 y 420 g/sem y 14 p (7%) más de 420 g/sem. Al analizar el tipo de bebida más habitual, 193 p beben habitualmente cerveza (71%): 126 p menos de 60 g/sem y 15p más de 200 g/sem. 173p que toman vino, más del 90% lo hacen en las comidas: 87 p (51%) menos de 60 g/semanales, 40% (68 p) entre 60 y 200 g/semanales y 17p (10%) más de 200 g/s sin que ninguno superara los 420 g/sem de vino. Es menos frecuente la ingesta de combinados/carajillos: 52 p (19,2%).

Conclusiones. Los resultados de esta encuesta reflejan una alta frecuencia de ingesta de alcohol de forma habitual si bien sólo el 7% de los encuestados alcanzan cantidades superiores a 60 g/día. El alcohol que más frecuentemente se consume es la cerveza, en segundo lugar el vino y por último los combinados/carajillos. En la población estudiada, el consumo es más frecuente en hombres.

RV-126
DIFERENCIAS EN EL PERFIL LIPÍDICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN FUNCIÓN DE LA COMORBILIDAD CON DIABETES MELLITUS. NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Maldonado Martín, J. Cantero Hinojosa, D. Vinuesa García, R. Ríos Fernández, I. Aomar Millán, A. Martín Salguero, E. García Peñalver y B. Gil Extremera
Medicina Interna. Unidad de HTA. H. Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Pretendemos analizar las diferencias del perfil lipídico basal de los pacientes con hipertensión arterial en función de la comorbilidad con diabetes mellitus tipo I y tipo II.

Material y métodos. Se determinaron las cifras basales de colesterol, triglicéridos, LDL, HDL y el índice de masa corporal (IMC) en 550 pacientes hipertensos que acudieron a la consulta de hipertensión arterial del Hospital Clínico de San Cecilio, analizándose las diferencias en función de la presencia de diabetes mellitus y su tipo. Estadísticamente se efectuó análisis de la varianza para una vía, con comparaciones múltiples por Scheffé.

Resultados. Ver tabla.

Conclusiones. Los pacientes hipertensos con diabetes mellitus presentan mayor IMC e hipertrigliceridemia, siendo ésta más acentuada en la tipo 2, por lo que el control ponderal debe ser prioritario en estos pacientes.

Resultados Media/SD por celda. *p = 0,002; **p = 0,013; †p = 0,048; *p = 0,000.

| | DM tipo I (%) | DM tipo II (%) | Sin DM (%) |
|-------------------------|---------------|----------------|--------------|
| Colesterol (mg/dl) | 203/54 | 219/44 | 216/39 |
| Triglicéridos (mg/dl) | 180/209 | 176/135* | 131/101* |
| LDL (mg/dl) | 114/48 | 135/41 | 138/36 |
| HDL (mg/dl) | 49/9 | 47/12** | 52/15** |
| MC (kg/m ²) | 33,48/4,08† | 32,57/4,65* | 29,51/5,10** |

RV-127
DIFERENCIAS EN EL PERFIL METABÓLICO EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE RESISTENCIA A LA INSULINA VALORADA MEDIANTE ÍNDICE DE HOMA

J. Cantero Hinojosa, D. Vinuesa García, A. Martín Salguero, I. Aomar Millán, R. Ríos Fernández, E. García Peñalver, A. Maldonado Martín y B. Gil Extremera
Medicina Interna. Unidad de HTA. H. Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Se pretende valorar el comportamiento de diversos parámetros metabólicos en función de presencia de resistencia insulínica en pacientes atendidos en una unidad de Hipertensión Arterial.

Material y métodos. Se determinaron, a una muestra aleatoria de pacientes que acudieron a la consulta de hipertensión arterial durante los quince últimos años, los siguientes parámetros: edad, índice de masa corporal, colesterol, triglicéridos, LDL, HDL y microalbuminuria. Se calculó también el índice de Homa (insulina x glucosa/22,5), como parámetro que indica resistencia a la insulina cuando éste es igual o superior a 3,8. Estadística: T de Student para muestras independientes.

Resultados. De los 623 pacientes que acudieron a la consulta de hipertensión arterial se pudo determinar el índice de Homa en 278, obteniéndose una media global de 3+2. Ver tabla.

Conclusiones. La resistencia a la insulina se asocia a mayor IMC, hipertrigliceridemia y microalbuminuria, con descenso en los niveles de HDL-colesterol, siendo el índice de Homa un buen indicador de riesgo cardiovascular.

Índice de HOMA (valores expresados con la media + desviación estándar).

| | ≥3,8 | < 3,8 |
|---------------------------|--------------|--------------|
| Edad (años) | 51,97+13,18 | 51,17+14,05 |
| IMC (kg/m ²)* | 33,43+5,25 | 29,29+4,81 |
| Colesterol (mg/dl) | 219,63+42,49 | 216,13+40,26 |
| Triglicéridos (mg/dl)* | 163,23+93,07 | 129,14+94,56 |
| LDL (mg/dl) | 142,12+40,82 | 139,25+36,95 |
| HDL (mg/dl)* | 45,05+9,40 | 52,35+14,91 |
| Microalbuminuria (mg/l)* | 19,49+32,25 | 9,29+11,16 |

RV-128
POLIMORFISMO A986S DEL RECEPTOR SENSOR DEL CALCIO Y METABOLISMO FOSFOCÁLCICO EN MUJERES HIPERTENSAS

M. Gonzalez Rozas¹, M. Morejón Huerta¹, J. Pérez Castrillón¹, A. Sanz Cantalapiedra², A. Dueñas Laita³, I. Justo¹ y E. Velasco
¹Medicina Interna, ²Hematología, ³Toxicología. Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. La hipercalcemia es la alteración del metabolismo del calcio más frecuentemente descrita en la hipertensión arterial pudiendo ser responsable de un mayor riesgo de osteoporosis. La presencia del alelo S del polimorfismo A986S del receptor sensor del calcio (CaR) produce un incremento del calcio sérico relacionado con un descenso de la secreción urinaria de calcio. El objetivo de nuestro trabajo es valorar el efecto del polimorfismo A986S del receptor sensor del calcio sobre parámetros del metabolismo del calcio y marcadores del remodelado óseo en mujeres hipertensas.

Material y métodos. Se estudiaron 48 mujeres (Edad media 59 ± 10 años) con hipertensión arterial leve-moderada según criterios del JNC VII que no presentaban enfermedades asociadas. A todas las pacientes se les determinó: Ca, P, Mg, PTHi, 25-vitamina D, 1,25-vitamina D, osteocalcina, deoxipiridinolina en orina y calcemia en orina de 24 horas. Se estudió el polimorfismo A986S del receptor sensor del calcio por PCR.

Resultados. La frecuencia del genotipo AA fue del 69%, del AS del 27% y del SS del 4% con una prevalencia del alelo A del 82% y del alelo S del 18%. No se observaron diferencias en los niveles plasmáticos de calcio, excreción urinaria de calcio y marcadores del remodelado óseo en presencia del alelo S, únicamente tenían niveles más elevados de fósforo (4 ± 0,4 vs 3,5 ± 0,5, p = 0,034).

Conclusiones. No hemos encontrado ninguna significación clínica, en los parámetros estudiados, del polimorfismo A986S del receptor sensor del calcio en mujeres hipertensas.

TROMBOSIS

T-001

TROMBOEMBOLIA PARADÓJICA PRECIPITANTE DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Álvarez Rodríguez, A. Braña Cardenosa, A. Gutiérrez Larráinzar, R. Torres Gárate, M. Serrano Cazorla, B. Valle Borrego, M. Úrban Poza y J. Sicilia Enríquez de Salamanca
Medicina Interna I. Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Describir y analizar un caso de insuficiencia cardíaca (IC) en relación con un evento poco frecuente.

Material y métodos. Mujer de 71 años, que acudió por dolor y edema en la extremidad inferior izquierda (MII) de una semana de evolución. Hacía 6 meses que había sido diagnosticada de trombosis venosa profunda (TVP) en la otra pierna, por lo que había sido tratada con heparina de bajo peso molecular (HBPM), con buena evolución ecográfica aunque menor clínica, ya que continuaba con algo de edema y dolor en ese miembro. Entre sus antecedentes personales cabía reseñar una histerectomía con doble anexectomía hacía 3 años por carcinoma epidermoide de cuello uterino con radioterapia posterior. En la exploración física destacaba un soplo en foco aórtico sistólico que se irradiaba a axila, no conocido previamente, junto con crepitantes bibasales pulmonares; el MII se encontraba edematoso y empastado, mientras que el MID presentaba también edema aunque de menor intensidad. No se palpaban adenopatías inguinales y los pulsos arteriales de ambos miembros estaban conservados. El resto de la exploración era normal.

Resultados. Con sospecha de TVP de MII realizamos eco-doppler que confirmó el diagnóstico. En la placa de tórax presentaba, además de una imagen ya conocida sugerente de granuloma calcificado, redistribución pulmonar y pinzamiento de ambos senos costodiafragmáticos con cardiomegalia; todo ello compatible con IC. Realizamos también gammagrafía de ventilación/perfusión que resultó de baja probabilidad para tromboembolismo pulmonar. Comenzamos entonces a tratar de nuevo con HBPM e ingresamos a la paciente con el objeto de estudiar el origen de la IC y posibles causas de trombosis repetidas. Nuestra primera sospecha era una recidiva del carcinoma de cérvix operado hace 3 años que confirmamos con un escáner en el que se descubrieron adenopatías múltiples retroperitoneales, para- y preaórticas, interaortocavas y pélvicas adyacentes a los vasos ilíacos. La vena cava infrarrenal presentaba un trayecto filiforme y estaba rodeada de adenopatías. Los marcadores tumorales SCC, CA 125 y CA 15.3 se encontraban aumentados. Con respecto a la situación de IC, solicitamos un ecocardiograma que fue informado como de insuficiencia mitral severa debida a una masa móvil dependiente del anillo de la válvula y que, dentro del contexto clínico de la paciente podría corresponder a un trombo intraauricular. Además presentaba el foramen oval permeable con flujo bidireccional e hipertensión pulmonar severa. La paciente evolucionó satisfactoriamente del cuadro de IC y de la TVP de MII, aunque clínicamente seguía con algo de edema en las extremidades inferiores. Continuó tratamiento con acenocumarol con mejoría ecocardiográfica de la imagen dependiente de la válvula mitral.

Discusión. Creemos que en esta paciente el estado protrombótico se puede explicar en el contexto de la recidiva adenopática de un tumor de cérvix y que, además, estas adenopatías podrían estar comprimiendo el retorno venoso, dificultando de este modo y aún más, la resolución de los síntomas en miembros inferiores. La insuficiencia cardíaca estaría en relación con una insuficiencia mitral nueva por un émbolo que podría haber pasado a través del foramen oval permeable que presenta un cortocircuito bidireccional, y que se explica por la hipertensión pulmonar severa que se presume en el ecocardiograma. Esta hipertensión pulmonar podría haber tenido su origen en algún tromboembolismo pulmonar que hubiera sucedido

en el contexto del estado protrombótico de la paciente, aunque en el momento actual la gammagrafía sea de baja probabilidad.

Conclusiones. Diagnosticamos a la paciente de tromboembolismo paradójico en válvula mitral que precipita insuficiencia cardíaca en una paciente con foramen oval permeable e hipertensión pulmonar. Todo ello en el seno de una recidiva de carcinoma de cérvix junto con trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo.

T-002

TROMBOSIS DE LA VENA MESENTÉRICA SUPERIOR: DESCRIPCIÓN DE CUATRO CASOS

T. Baeza, R. Sánchez, C. Escóin, Y. Calero, R. M. Goñi, A. Botella, B. Valero y A. Tello

Medicina Interna. H.G.U.A. Alicante.

Objetivos. Describir las características clínicas, analíticas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de trombosis de la vena mesentérica superior en nuestro hospital durante los últimos años.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de trombosis de la vena mesentérica superior en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Alicante en un período de tiempo comprendido entre 2000 y 2005. Los resultados se expresaron en mediana (p25-75) para las variables cuantitativas y en frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Resultados. Se describen 4 casos de trombosis de la vena mesentérica superior de un total de 397 casos de trombosis en nuestra unidad en ese período de tiempo, de los que la mitad eran varones con una mediana de edad de 70 años (44,25-83,25). Uno de los cuatro presentaba antecedentes de TVP previa, otro antecedente de cirrosis y otro una neoplasia de colon. En tres de los pacientes se realizó el diagnóstico por TAC y en uno tras laparotomía. La mediana del D-Dímero al diagnóstico fue de 2 (1,8-5,75); del APTT fue de 37,5 (29,5-43,25) y del IQ de 69 (65- 78,75). El estudio de hipercoagulabilidad fue positivo en todos los casos realizados (3/4): el paciente 1, presentaba déficit de proteína C y S; el paciente 2, presentaba déficit de proteína C y S y APA IgM positivos y el paciente 3 era heterocigoto para PT20210A y homocigoto para el MTHR. Recibieron anticoagulación el 75%, de los cuales uno necesitó cirugía urgente; uno de los pacientes no se trató por presentar contraindicación para la anticoagulación. De los que recibieron anticoagulación, 2/3 (66%) lo hicieron de forma indefinida. La mediana de seguimiento fue de 6 meses (2,25-9), falleciendo uno de los pacientes al mes de diagnóstico por posible complicación de la trombosis.

Conclusiones. La incidencia de trombosis de la vena mesentérica en nuestro hospital es baja. La mayoría de nuestros pacientes se manifestaron con dolor abdominal, náuseas y vómitos. Casi todos recibieron anticoagulación como tratamiento con buena respuesta y sin complicaciones. Todos los pacientes asociaban estados de hipercoagulabilidad, llegándose a un diagnóstico etiológico en todos los casos.

T-003

DEBUT DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF): ICTUS HEMORRÁGICO Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN VARÓN DE 46 AÑOS

M. González Sanz¹, L. Guío Carrión¹, S. Molina Carrasco² y J. Hurtado Santos¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Analizar la clínica de debut de un síndrome antifosfolípido primario en un varón de 46 años, y resaltar el complicado manejo de las distintas situaciones, cuando se dan simultáneamente.

Material y métodos. Descripción de un caso clínico.

Resultados. Varón de 46 años, sin antecedentes médicos, que 15 días antes ingresa en Neurología por hematoma intraparenquimatoso frontal izquierdo espontáneo, sin evidencia de malformaciones en la resonancia, y hemiparesia derecha residual leve. A los 2 días del alta reingresa en nuestro servicio por tromboembolismo pulmonar múltiple, y dado el antecedente se decide implantación de filtro de vena cava temporal. El evento tromboembólico se achacó inicialmente a la inmovilidad, pero en un interrogatorio posterior, el pa-

ciente refirió antecedentes familiares de anticoagulante lúpico y/o anticuerpos anticardiolipina positivos en hermana y padre, sin fenómenos trombóticos conocidos, por lo que se hizo un estudio de hipercoagulabilidad, resultando: anticuerpos anticardiolipina IgG (+), IgM (-), y anticoagulante lúpico (-). El paciente no presentaba ningún criterio de enfermedad del tejido conectivo. Ante estos hallazgos se replanteó la etiología del ictus hemorrágico previo, y en una nueva resonancia se evidenció una trombosis venosa cortical, previamente no detectada. Se consideró prioritaria por tanto la anticoagulación y la retirada del filtro de cava, pero se detectó trombosis venosa periférica, en cava e ilíacas, por lo que se decidió tratamiento fibrinolítico previo a la extracción, realizándose ambos con éxito y sin complicaciones. Se alcanzó posteriormente buen control de anticoagulación oral manteniendo el INR entre 3 y 4. Al alta el paciente se mantiene estable. Se confirma la positividad de los anticuerpos anticardiolipina 10 semanas después del evento agudo.

Discusión. El SAF se considera como una de las principales y más frecuentes diatésis protrombóticas, y hay que descartarlo siempre en pacientes con menos de 45 años e historia de trombosis venosa o arterial. En este caso es de resaltar que el paciente debutó con una trombosis venosa cerebral, enfermedad de incidencia desconocida y difícil diagnóstico si no se sospecha. Otro dato a destacar es la complicación que supuso la implantación del filtro de cava ante la aparente contraindicación para anticoagular el TEP, por el riesgo procoagulante que añadió a una situación ya trombofílica de por sí; en nuestro caso se puso claramente de manifiesto dicho riesgo, por lo que creemos que se ha de ser siempre cauto a la hora de indicar su implantación, y retirarlo de manera precoz si desaparece dicha contraindicación. Asimismo añadió especial complicación el manejo de la trombosis periférica, requiriendo fibrinólisis, pese a la persistencia del hematoma intracerebral. En cuanto al rango de anticoagulación se decidió mantenerlo en un nivel alto (INR entre 3 y 4), aunque en la bibliografía actual existe una amplia controversia en este tema, con datos contradictorios, pero lo que sí parece estar demostrado es la necesidad de anticoagulación indefinida, dado el riesgo de recurrencias.

Conclusiones. 1. El SAF es una entidad a sospechar en pacientes de menos de 45 años con evento trombótico sin causa aparente, y sobre todo si se añade tromboembolismo pulmonar. 2. Se ha de valorar siempre el riesgo-beneficio de la implantación de un filtro de vena cava, por las complicaciones a corto-medio plazo que puede producir. 3. Es aún controvertido el rango de anticoagulación en el SAF.

T-004

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA DOSIS FIJA DIARIA DE BEMIPARINA EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO: ESTUDIO «FLEBUS» G. Soler Marín¹, E. Rosario Díaz¹, J. Pacho Rodríguez², G. Monteagudo Ruiz³, J. Martínez González³ y E. Rocha Hernando⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Málaga. ²Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Central de Asturias. Oviedo, Asturias. ³Departamento Médico. Laboratorios Farmacéuticos Rovi. Madrid. ⁴Servicio de Hematología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona, Navarra.

Objetivos. Evaluar la efectividad y seguridad de bempiparina en la prevención secundaria tras un primer episodio de tromboembolismo venoso (TEV) y factores de riesgo transitorios en la práctica clínica habitual.

Material y métodos. Estudio prospectivo, abierto, multicéntrico, no aleatorizado. Los pacientes fueron tratados inicialmente con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéuticas durante una mediana de 8 días. Los pacientes elegibles continuaron con una dosis fija de bempiparina 3500 UI/día por vía subcutánea durante 3 meses. Se evaluó a los 3 y 6 meses la incidencia de TEV venoso recurrente sintomático y confirmado por métodos objetivos, así como la incidencia de hemorragias mayores y menores, trombocitopenia y muerte. Como análisis secundario evaluamos la incidencia de TEV recurrente sintomático confirmado y mortalidad durante los 6 meses de estudio así como los sangrados mayores durante los 3 meses de prevención secundaria en ancianos (edad \geq 65 años), obesos (índice

de masa corporal \geq 30 kg/m² en hombres o \geq 28,6 kg/m² en mujeres) y pesos extremos ($>$ 100 kg ó $<$ 50 kg).

Resultados. Se incluyeron 445 pacientes consecutivos en 38 centros españoles. De estos, 377 pacientes fueron evaluables para seguridad y 352 para eficacia (ITT). El 30% de los pacientes tenían 2 o más factores de riesgo de TEV, siendo los más frecuentes la inmovilización prolongada (59,1%), edad $>$ 70 años (43,2%), antecedentes de cirugía mayor (26,1%), anticonceptivos orales o tratamiento hormonal sustitutivo (5,1%) y cáncer (2,7%). En el momento de la inclusión, el 33,4% de los pacientes había recibido bempiparina y el 66,6% otra HBPM para el tratamiento inicial de trombosis venosa profunda (TVP) confirmada sin embolismo pulmonar (EP) (340), TVP confirmada + EP (11), o EP confirmado sin TVP (1) (ITT). La incidencia acumulada de TEV recurrente fue del 0,6% a los 3 meses y del 1,7% a los 6 meses. La incidencia de TEV recurrente a los 6 meses fue similar en los pacientes previamente tratados con bempiparina vs otras HBPM durante la fase aguda [0,91% vs 2,07%; P = 0,39]. Durante la profilaxis secundaria hubo 1 (0,3%) hemorragia mayor, 3 (0,8%) hemorragias menores y 3 (0,8%) trombocitopenias de leve a moderada (rango: 77.000 a 147.000). Hubo 5 muertes durante los 6 meses de estudio, no relacionadas con la profilaxis. De 377 pacientes evaluables para seguridad, la mayoría [215 (57,3%)] eran ancianos, 90 (25,2%) eran obesos, 10 tenían un peso $>$ 100 kg y solo 5 tenían un peso $<$ 50 kg. No hubo diferencias con respecto a la recurrencia de TEV (análisis ITT) en ancianos (1,5% vs 0,7% no ancianos; P = 0,52) y obesos (1,2% vs 1,5% no obesos; P = 0,67) comparados con el resto de pacientes del estudio. No hubo diferencias con respecto a la incidencia de muerte en ancianos (1,5% vs 1,3% no ancianos; P = 0,64) y obesos (1,1% vs 1,4% no obesos; P = 0,65), ni tampoco con respecto a la incidencia de sangrados mayores en ancianos (0,5% vs 0% no ancianos; P = 0,57) y obesos (0% vs 0,3% no obesos; P = 0,76), comparados con el resto de pacientes del estudio. Ninguno de los pacientes con peso $>$ 100 kg o inferior a 50 kg presentó TEV recurrente, muerte o sangrado mayor.

Conclusiones. La prevención secundaria del TEV con una dosis fija de bempiparina 3500 UI/d durante 3 meses es efectiva y segura en la población general y parece ser igualmente efectiva y segura en ancianos y obesos en la práctica habitual.

T-005

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEVE): ANÁLISIS DE 239 PACIENTES

M. Muñoz López de Rodas, M. Serrano Cazorla, L. Díaz Vidal, R. Cigüenza Gabriel y J. Antolín Arias

Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. 1. Conocer el número de pacientes que ingresan o que desarrollan durante su ingreso ETEVE. 2. Analizar el manejo de esta enfermedad en el hospital. 3. Sentar las bases para un estudio prospectivo de dicha enfermedad.

Material y métodos. Se incluyen los casos nuevos que son diagnosticados de ETEVE en el hospital en un período de 6 meses, es decir, que son ingresados por dicha enfermedad o que aparece como complicación durante su ingreso por otro motivo. Casos de ETEVE: trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP) o ambas (TVP+TEP). Puede ser, por tanto, el motivo de ingreso o aparecer a lo largo del ingreso como complicación. Son diagnosticados por la positividad para alguna prueba diagnóstica o por alta sospecha clínica sin posibilidad de confirmación.

Resultados. Del 1 de octubre de 2003 al 31 de marzo de 2004, 239 pacientes (148 mujeres y 91 hombres) fueron diagnosticados de ETEVE al alta en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid (66,1% en el servicio de Medicina Interna), con una edad media de 73,2 años. En 64 pacientes (26,9%), la clínica de presentación fue de TVP, siendo la localización más frecuente en miembros inferiores (79,1%), y en dos casos, de forma bilateral (0,8%). En 124 pacientes (51,7%) se manifestó como TEP y los 51 restantes (21,4%) lo hizo como TVP+TEP. Como factores de riesgo con diferencias estadísticamente significativas: la quimioterapia (44,7% de las TVP la recibían), el infarto agudo de miocardio (IAM) (13,7% de los TEP habían tenido IAM) y la obesidad (14,9% de los pacientes con TVP+TEP eran obesos). El diagnóstico de TEP se realizó mediante Gammagrafía pulmonar en el 70,2% y por TC en el 18,5%. En las

TVP el diagnóstico se hizo por Eco-Doppler en el 73,4%. Los D-Dímeros se realizaron en el 40% de los pacientes, siendo negativos en el 10,4% (en el 12,9% de los pacientes con TEP y 4% de los pacientes con TVP+TEP). Sólo en el 21% se solicitaron ACA (más frecuentemente en pacientes que presentan TVP+TEP que en el resto de los casos, con diferencias estadísticamente significativas) y en ningún caso antitrombina-III, proteína C ni proteína S. En cuanto al tratamiento, el 42,1% recibió heparina sódica en perfusión como tratamiento anticoagulante en la fase aguda frente al 58,1%, en los que se utilizaró heparina de bajo peso molecular (HBPM). En el 2,9% se puso filtro de cava y en ningún paciente se realizó fibrinólisis ni embolectomía. En la fase crónica, el 60,4% se anticoaguló con anticoagulantes orales y el 36,4% con HBPM. 20 pacientes (8,8%) presentaron complicaciones hemorrágicas, siendo el sangrado digestivo la localización más frecuente (44,4%). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamiento utilizado y la aparición de hemorragia. Los pacientes con episodios previos de ETEV presentaron hemorragias más frecuentemente que aquellos sin dichos antecedentes. En nuestro estudio, el 16,3% de los pacientes que tenían antecedentes de ETEV presentaron complicaciones hemorrágicas con diferencias estadísticamente significativas. El 19,2% de los pacientes fallecieron durante el ingreso habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación con la clínica de presentación (27,5% de las TVP+TEP) y con la hipocinesia del ventrículo derecho (27,3% de los pacientes con dicha alteración fallecen a lo largo del ingreso). **Conclusiones.** En más del 50% de los pacientes la ETEV era TEP y más del 60% eran mujeres. Es importante disponer de información sobre estos pacientes, ya que 2/3 ingresan en medicina interna. La quimioterapia, el IAM y la obesidad fueron factores que se asociaron a TVP, TEP y TVP+TEP de forma significativa, respectivamente. La hipocinesia de ventrículo derecho en el ecocardiograma fue un factor de mal pronóstico para la muerte por ETEV así como la aparición de TVP+TEP.

T-006

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Recarte García-Andrade¹, P. Ryan Murúa¹, E. Calvo Lasso de la Vega¹, B. Ortega Ortiz de Apodaca², L. Pastor Gómez-Cornejo¹ y E. Recarte Ortega³

³Estudiante 6º Curso. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid.

¹Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Centro de Transfusión. Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Objetivos. Determinar las características de los pacientes diagnosticados de un Tromboembolismo Pulmonar (TEP) durante el periodo de un mes, su procedencia, diagnóstico de ingreso, evolución y permanencia en el Hospital.

Material y métodos. Obtuvimos los datos de los pacientes ingresados durante un mes completo, en un Servicio de Medicina Interna con un aforo de 43 camas. Recogimos la edad, sexo, antecedentes personales, situación basal y movilidad del paciente, diagnóstico de ingreso, factores de riesgo de desarrollo de enfermedad tromboembólica (ETE), profilaxis de ETE, estancia media y evolución clínica.

Resultados. De un total de 99 pacientes ingresados, 6 (6%) fueron diagnosticados al alta de TEP. Todos ingresaron desde la Urgencia. La edad media fue de 75 años y 4 (66%) eran varones. Entre los antecedentes destacaba la prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) en el 75%, neoplasias en el 25% e Insuficiencia Renal en el 50%. Todos los pacientes eran independiantes para las actividades basales de la vida diaria. Sólo uno (16%) fue diagnosticado de TEP desde su ingreso en Urgencias, siendo el resto diagnosticado en planta. Presentaban factores de riesgo para desarrollar una ETE el 83%, pero sólo en 50% ingresó con profilaxis para la misma y uno con anticoagulación completa para TEP. La estancia media fue de 15 días, mientras que en dicho mes, la estancia media general fue de 12 días. Un paciente falleció.

Discusión. El TEP es una enfermedad en la que se piensa casi siempre, pero que continúa siendo infradiagnosticada en la Urgencia. La mayoría de los casos que ingresan en Medicina Interna lo hacen con otros diagnósticos, sin anticoagular y además ni siquiera con profilaxis para la ETE, a pesar de presentar casi siempre factores de ries-

go para ella. Todo ello redundando en una estancia media mayor de la que tendrían que tener los pacientes por la propia enfermedad y una importante mortalidad que podría disminuir.

Conclusiones. Se trata de una patología que predomina en el enfermo de edad avanzada, de sexo masculino, destacando en sus antecedentes la HTA. Asimismo destaca su situación basal independiente y que tan sólo el 16% es diagnosticado de TEP desde su ingreso, a pesar de el acceso a las pruebas diagnósticas que existen en la Urgencia. La mayoría de los pacientes presenta factores de riesgo para desarrollar una ETE pero sólo la mitad ingresa con profilaxis para la misma. La estancia media es mayor y la mortalidad elevada.

T-007

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO ASOCIADO A EMBOLISMO ARTERIAL PERIFÉRICO

M. Morales Conejo¹, V. Moreno Cuerda¹, M. Catalán², J. Guerra Vales¹ y J. Montejo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Presentación de un caso clínico de embolia paradójica y revisión de la literatura.

Resultados. Varón de 40 años, fumador de 30 cigarrillos día, sin otros antecedentes personales o familiares de interés, que consulta por disnea de comienzo brusco asociado a tumefacción y rubor de miembro inferior derecho de 24 horas de evolución. A su llegada al Servicio de Urgencias el paciente presenta taquipnea a 20 respiraciones/minuto. La auscultación cardíaca es rítmica, con refuerzo del segundo tono, y en la auscultación pulmonar se aprecia un murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos; el miembro inferior derecho está caliente y tumefacto. La gasometría arterial basal: pH: 7,35, pCO₂: 31 mmHg, pO₂: 59 mmHg, COH₂: 23 meq/L. Dímeros-D: 3.150. Radiografía de tórax: sin hallazgos de interés. Electrocardiograma: taquicardia sinusal. TAC helicoidal torácico muestra datos de tromboembolismo pulmonar con afectación de arterias subsegmentarias; el eco Doppler de miembros inferiores muestra una trombosis fémoropoplítea derecha. Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y se procede a ingreso hospitalario. A las 24 horas del ingreso el paciente presenta bruscamente dolor y palidez en miembro superior izquierdo asociado a pérdida de pulso braquial y radial. Se realiza arteriografía objetivando un émbolo en arteria subclavía izquierda, procediéndose a una embolectomía. El ecocardiograma muestra un paso inmediato de burbujas desde la aurícula derecha a la izquierda cuando se inyecta suero salino agitado en vena periférica del miembro superior derecho, compatible con un foramen oval permeable. Un día más tarde, aún a pesar de anticoagulación con heparina sódica, el paciente presenta bruscamente deterioro del nivel de conciencia con hemiparesia derecha y respiración agónica. Se procede a intubación orotraqueal y a la realización de un nuevo TAC helicoidal torácico que muestra datos de tromboembolismo pulmonar masivo y TAC craneal que no muestra datos relevantes. Se realiza arteriografía carotídea objetivándose un émbolo en la carótida interna izquierda. Se procede a fibrinólisis con 100 mg de rTPA en unidad de cuidados intensivos. El TAC craneal post-fibrinólisis muestra un infarto hemisférico izquierdo con importante edema. Posteriormente el paciente fallece por muerte cerebral.

Discusión. La permeabilidad del foramen oval se considera una variante de la normalidad. Se objetiva en el 10% de la población sana mediante ecocardiografía. Este porcentaje se incrementa hasta el 29% en estudios necrópsicos. Su presencia se ha relacionado con una mayor frecuencia de ictus. Esta entidad aparece en el 40% de los pacientes menores de 55 años con ictus y hasta en el 54% en el subgrupo de pacientes con ictus de causa no identificable. En pacientes con TEP masivo la presencia de foramen oval permeable se ha relacionado con mayor riesgo de muerte y complicaciones tromboembólicas.

Conclusiones. La asociación de enfermedad tromboembólica venosa con fenómenos embólicos sistémicos debe hacer sospechar la presencia de un foramen oval permeable. Imágenes correspondientes a TEP masivo, émbolo en arteria subclavía izquierda e infarto cerebral hemisférico izquierdo.

T-009**PRESENCIA DE TROMBOFILIA EN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA SECUNDARIA****C. Escóin, A. Botella, B. Valero, Y. Calero, R. Sánchez, T. Baeza, M. García y R. Martínez***Medicina Interna. General Universitario de Alicante. Alicante.*

Objetivos. Describir y evaluar la presencia de trombofilia en pacientes con ETV secundaria y comparar este dato con la idiopática.

Material y métodos. Estudio analítico observacional retrospectivo, realizado en el Hospital General Universitario de Alicante, a partir de una base de datos de pacientes con enfermedad tromboembólica diagnosticados entre Septiembre de 1998 y Enero de 2005. Se consideraron ETV secundarias aquellas que tenían alguno de los siguientes factores de riesgo: cáncer en progresión, cirugía mayor reciente, hospitalización reciente, inmovilización prolongada, embarazo, puerperio y uso de fármacos hormonales.

Resultados. De un total de 391 pacientes con ETV, 208 eran secundarias. La edad media era de 67,9 (DE 17,7) años y 130 (62,5%) eran mujeres. El 85,1% de los casos presentó TVP, mientras que se diagnosticó TEP en el 21,2%. En 82 casos (39,5%) era el primer episodio, siendo la localización mayoritaria el territorio femoral y/o popliteo (70,1%). La media del Dímero-D en las primeras 48 horas era 5,1 (DE 3,2). En cuanto a los factores de riesgo: 43 (20,7%) presentaban varices, 21 (10,1%) estaban sometidos a algún factor hormonal, 168 (80,8%) habían presentado reposo previo, 71 (34,1%) habían sido sometidos a intervención quirúrgica el mes previo, y 24 (11,5%) tenían una neoplasia en progresión en el momento del diagnóstico. Se realizó el estudio de trombofilia en 79 pacientes (38%), siendo positivo en 57 (72,1%). El tipo de trombofilia más frecuente fue la hiperhomocisteinemia (48,5% de los casos de trombofilia) seguido de la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (35,3%) y la mutación heterocigota del gen MTHFR (35,3%). Un 59% de los pacientes presentaron simultáneamente más de 1 tipo de trombofilia. El dímero-D durante el seguimiento (con tratamiento anticoagulante) presentó un valor medio de 2,6 (DE 1,9). La ecografía-doppler a los 6 meses de seguimiento (89 casos) fue normal en el 43,8% de los pacientes, mostrando un 24,7% una oclusión parcial de la vena afectada. A los 6 meses de seguimiento en un 58,5% de los casos se mantiene anticoagulación indefinida, mientras que en un 30,2% de los pacientes se suspendió el tratamiento. Los estudios de trombofilia positivos fueron equiparables en los pacientes con ETV idiopática y secundaria (Chi cuadrado $p = 0,44$).

Discusión. Según nuestro estudio no habría diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de trombofilia entre las TVP idiopáticas y las secundarias. Los resultados obtenidos se deben probablemente a un número insuficiente de casos de ETV en los que se realiza estudio específico para la detección de trombofilias.

Conclusiones. Creemos que sería recomendable realizar dicho estudio en mayor número de casos de TVP secundaria, para poder valorar las diferencias con los casos idiopáticos.

T-010**ENFERMEDAD DE EALES Y TROMBOFILIA****J. Gutiérrez Guisado¹, M. Algarra Parrilla¹, J. Serrano de la Iglesia² y A. Erice Calvo-Sotelo¹**¹Medicina Interna, ²Oftalmología, Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Objetivos. Comunicar un caso de enfermedad de Eales (Retinopatía Proliferativa Idiopática), en un paciente con trombofilia y enfermedad tromboembólica venosa previa (ETE).

Material y métodos. Revisión de un caso clínico.

Resultados. Paciente de 33 años de edad, intervenido en varias ocasiones de columna lumbar quedando como secuela una fibrosis perirradicular y una lumbalgia secundaria por lo que está en tratamiento con pregabalina, tramadol, esomeprazol, dobesilato de calcio, amitriptilina y clonazepam. Tras 10 semanas de tratamiento anticoagulante con anticoagulantes orales (ACO) por una trombosis venosa profunda (TVP) distal de miembro inferior izquierdo, desarrolló una hemorragia vítrea bilateral, de predominio en el ojo izquierdo (OI), siendo el control de INR en ese momento de 2,03. Se retiró el ACO, realizándose revisiones periódicas por oftalmología, a pesar de lo cual, el paciente empeoró, en las siguientes semanas,

por lo que reingresó de nuevo. Se realizó al paciente una evaluación urgente oftalmológica, presentando signos de trombosis venosa antigua en ambos ojos con restos de sangre en ojo derecho y hemovitrío izquierdo, descartando signos de vasculitis. El resto de la exploración física fue normal. En una nueva evaluación oftalmológica, se apreció una retinitis proliferativa en ambos ojos con hemorragia vítrea bilateral. Se realizaron análisis de sangre y orina, Rx Tórax, RM cerebral y TAC torácico que fueron normales. Estudio trombofilia, portador en heterocigosis del factor V de Leiden y disminución de la Proteína S funcional del 18%. Mantoux positivo de 17 mm. Fue diagnosticado por oftalmología de Enfermedad de Eales ante los hallazgos del fondo de ojo (FO), comenzando tratamiento con corticoides sistémicos con una pauta descendente y fotocoagulación con láser en OD, con mejoría franca a nivel oftalmológico. Se decidió instaurar anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas, ante el hallazgo de trombofilia y tratamiento antituberculosos con isoniacida, rifampicina y pirazinamida, por el hallazgo del mantoux positivo y el tratamiento corticoideo asociado.

Discusión. Nuestro caso se describe como una Enfermedad de Eales, que es una retinopatía proliferativa, similar a una retinopatía diabética (nuestro paciente no era diabético), que obedece a una isquemia retiniana de causa desconocida, donde pueden intervenir en la patogenia distintas toxas (autoinmunidad retiniana, genoma *Mycobacterium tuberculosis*, antígenos leucocitarios humanos, radicales libres) y que ocasiona una neovascularización con hemorragia vítrea subsiguiente, cuyo tratamiento son los corticoides en estadios iniciales y la fotocoagulación con láser, en estadios posteriores. Revisando la literatura, la Enfermedad de Eales se ha asociado con trombofilia (presencia del Factor V de Leiden y anticuerpos antifosfolípido) y hasta en un 87% de los casos con la presencia del mantoux positivo. En nuestro caso, la existencia de trombofilia y enfermedad tromboembólica venosa previa, nos hace pensar en la posibilidad de que la retinopatía proliferativa sea debida a microtrombosis venosas retinianas, por lo que se asoció al tratamiento con láser a nivel retiniano la anticoagulación con HBPM. Por otro lado, dada la asociación con el mantoux positivo, y la posible intervención del genoma del *Mycobacterium tuberculosis* en la patogénesis de la enfermedad de Eales se decidió instaurar tratamiento antituberculoso con isoniacida, rifampicina y pirazinamida. Revisando la literatura se excluye al tratamiento con ACO como causa de sangrado intraocular ya que no se relaciona la hemorragia vítrea con la toma de ACO cuando el INR se encuentra dentro de los márgenes adecuados de la anticoagulación entre 2 y 3.

Conclusiones. En pacientes con Enfermedad de Eales se debería añadir un estudio de trombofilia especialmente en aquellos pacientes con eventos tromboembólicos venosos previos y la realización de un mantoux.

T-012**¿SE REALIZA SUFICIENTE PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES AMBULATORIOS?****R. Campos Rivas, V. Jarne Betrán, M. Arteaga Mazuelas, P. Fanlo Mateo, M. Muniesa Zaragoza, O. Ateka Barrutia, D. Etxeberria Lekuona y G. Tiberio López***Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.*

Objetivos. Conocer el perfil de la Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) en el área de Pamplona y el tipo de tromboprofilaxis que se realiza en los pacientes médicos.

Material y métodos. Registro los casos nuevos de ETV diagnosticados y seguidos por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino desde del 1 de marzo de 2001 hasta el 1 de abril de 2004 (base de datos RIETE). Se recogieron datos sobre la tromboprofilaxis en pacientes quirúrgicos y médicos, la duración de la misma y el tipo de heparina de bajo peso molecular (HBPM) utilizada.

Resultados. Durante el período de estudio se registraron 205 pacientes con ETV: 115 mujeres (56%) y 90 varones (44%). La mayoría de ellos de edad avanzada: 134 (65%) entre 70 y 89 años. 113 (55%) presentaban síntomas de TEP, 58 (28%) de TVP y 34 (16%) de ambas. 58 pacientes (28%) habían estado inmovilizados por alguna patología médica. En más de la mitad de estos pacientes, la in-

movilización había durado entre 1 y 4 semanas. Los motivos más frecuentes de inmovilización fueron la demencia (19%), la infección aguda (17,2%) y los traumatismos sin intervención (10,3%). Sólo 12 de ellos (21%), recibieron profilaxis de la ETV, siendo la Dalteparina la HBPM más utilizada. Se recogieron 25 pacientes (12,2%) con ETV inmovilizados por patología quirúrgica, 21 de los cuales (84%) recibieron profilaxis con HBPM.

Discusión. A diferencia de los pacientes ingresados por motivos quirúrgicos que de forma protocolizada reciben tromboprofilaxis a nivel hospitalario, el perfil del enfermo médico que padece una ETV en nuestro medio es un anciano (4ª edad) que ha estado inmovilizado al menos durante una semana por infecciones agudas o por demencia y que en la mayoría de las ocasiones no ha recibido tromboprofilaxis. El uso de heparinas de bajo peso molecular de manera ambulatoria en estos pacientes mayores, con vida sedentaria y factores de riesgo puede evitar la aparición de una enfermedad con elevada morbilidad (síndrome postflebitico, hipertensión pulmonar, complicaciones hemorrágicas del tratamiento anticoagulante) que produce un notable empeoramiento de su calidad de vida.

Conclusiones. A tenor de nuestros datos, consideramos que se debe cambiar el concepto de la «profilaxis del paciente inmovilizado no quirúrgico» prodigando un mayor uso de las HBPM a nivel extra-hospitalario

T-013 FACTORES RELACIONADOS CON EL RIESGO DE TROMBOSIS EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

F. Martínez García, M. Forner Giner, M. García Fuster, M. Oltra Sempere, N. Abdilla Bonias, M. Fabiá Valls, M. Artes Figueres y J. Redón i Mas

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Analizar el riesgo y los factores determinantes de tromboembolismo en pacientes que presentan títulos altos de anticuerpos antifosfolípidos de forma persistente.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de los episodios de tromboembolismo en 58 pacientes que presentaban anticuerpos antifosfolípidos a títulos altos de forma persistente (antibeta2glicoproteína, anticardiolipina, antifosfatidilserina y anticoagulante lúpico). Se incluyeron 41 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) en los que la determinación de Ac antifosfolípidos se realiza de forma rutinaria, y 17 pacientes en los que se determinaron estos autoanticuerpos por trombosis previa, nuevo evento trombotico o por otros motivos.

Resultados. Del total de pacientes, 46 (79,3%) eran mujeres, edad media 35,4 (rango 8-62) años. La mediana de seguimiento fue de 68 (rango 2-252) meses. En todos los pacientes se determinaron los principales parámetros analíticos incluyendo la proteinuria expresada en mg/día, los niveles de anticuerpos antifosfolípidos, el número de criterios de LES, y la presencia o no de otros factores de riesgo trombotico. De los 41 pacientes con LES, 13 (31,7%) presentaron algún evento trombotico en su evolución (8 TVP, 1 TEP, 6 TA) con una tasa de aparición de eventos de 3,93/100 pacientes/año. En el grupo sin LES, 15 pacientes (88,2%) presentaron algún evento trombotico (12 TVP, 3 TEP y 4 TA) con una tasa de aparición de eventos de 18,75/100 pacientes/año. La tasa de eventos tromboticos fue claramente superior en el grupo de pacientes sin LES de forma significativa. Cuando comparamos los pacientes con LES, con y sin trombosis, no se encontraron diferencias significativas en la edad, sexo, y tiempo de seguimiento aunque se apreció mayor prevalencia de proteinuria y un mayor alargamiento del TTPA de forma significativa. Existió también una tendencia a mayor positividad del anticoagulante lúpico. Cuando comparamos los pacientes sin LES, con y sin trombosis, no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los factores estudiados. Mediante análisis de riesgo proporcional de Cox, en los paciente con LES el factor más determinante fue el alargamiento del TTPA, y la proteinuria > 2,5 g/día (log rank 0,042). En pacientes sin LES el sexo masculino supuso un importante factor de riesgo de un nuevo evento trombotico.

Conclusiones. Los factores más relevantes para el desarrollo de trombosis fueron la excreción urinaria de proteínas y el TTPA en pacientes con LES.

T-014 VALOR CLÍNICO DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA TORÁCICA NEGATIVA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

J. García de Tena¹, J. Flores Segovia², J. Galipienzo García¹, E. Alonso Peces², S. Alonso Viteri², A. Ruiz Peña² y C. Álvarez³

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Neumología, ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. Analizar la proporción de pacientes que desarrollan eventos tromboembólicos venosos o muerte por enfermedad tromboembólica venosa (ETV) a los seis meses de seguimiento en una serie consecutiva de individuos con sospecha clínica de ETV en los que tras obtener un resultado negativo en la tomografía computarizada (TC) torácica se suspendió la anticoagulación.

Material y métodos. Se incluyeron 117 pacientes consecutivos atendidos en nuestro centro con sospecha clínica de ETV en los que la TC torácica resultó negativa. Se contactó con los pacientes o sus familias y se revisaron las historias clínicas para establecer la proporción de pacientes que presentaron eventos tromboembólicos venosos o muerte relacionada con ETV a los seis meses de la realización de la TC torácica. Asimismo, se determinó la causa de muerte en aquellos pacientes que fallecieron durante el período de seguimiento a partir de los datos clínicos, analíticos y radiológicos recogidos en las historia clínicas.

Resultados. De los 117 pacientes consecutivos a los que se realizó una TC torácica por sospecha clínica de ETV, 14 fueron excluidos del estudio por continuar con anticoagulación por causas no relacionadas con ETV tras la realización de la prueba. Se dispuso de la evolución de 103 pacientes [(edad media ± DE = 62,8 ± 18,9; 63 mujeres (58,3%)]. Se detectaron 8 fallecimientos no relacionados con ETV (infección respiratoria [n = 4]; EPOC [n = 1], caquexia [n = 1], insuficiencia renal terminal [n = 1] e hipertensión pulmonar grave, [n = 1]). No se detectaron eventos tromboembólicos venosos ni muerte relacionada con ETV en ninguno de los pacientes.

Discusión. Las limitaciones de los hallazgos clínicos para establecer el diagnóstico de ETV, así como los riesgos de la anticoagulación innecesaria y de los trombos no tratados hace necesario el uso adecuado de pruebas diagnósticas objetivas en la evaluación de pacientes con sospecha de ETV. La tomografía computarizada (TC) torácica con contraste intravenoso se ha convertido en una herramienta clave en el abordaje diagnóstico de pacientes con sospecha clínica de ETV. Sin embargo, la sensibilidad de esta técnica parecía insuficiente para el diagnóstico de embolia pulmonar periférica aislada con la TC de primera generación y cuya significación clínica es incierta. La aparición de la TC multicorte de nueva generación parece haber mejorado la sensibilidad diagnóstica de esta técnica, aunque su valor predictivo negativo resulta controvertido. Un abordaje práctico para establecer el valor de la TC torácica para descartar una sospecha clínica de ETV es evaluar la proporción de pacientes que presentan eventos tromboembólicos venosos o muerte relacionada con ETV tras suspender la anticoagulación ante una TC negativa. La ausencia de eventos tromboembólicos venosos o muerte relacionada con ETV tras 6 meses de seguimiento encontrada en nuestro estudio está de acuerdo con otros estudios que sugieren que la suspensión de la anticoagulación tras una TC torácica negativa puede ser segura.

Conclusiones. La estrategia de suspender la anticoagulación en pacientes con sospecha clínica de ETV tras una TC torácica negativo parece resultar segura en nuestro medio.

T-015 DÍMEROS-D EN LOS INGRESOS DE M. INTERNA A. Antolí Royo¹, I. Aláez Cruz¹, E. Puerto Pérez¹, M. Sánchez Ledesma¹ y A. Sánchez Rodríguez²

¹Medicina Interna I, ²Jefe Serv. M. Interna I. Clínico Universitario. Salamanca.

Objetivos. Estudio retrospectivo de 100 pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna desde Urgencias, donde se les había solicitado D dímeros a todos ellos, para ver si su clínica inicial y diagnóstico final justifican su petición o si puede llevar a engaño la elevación de su cifra.

Material y métodos. Hemos revisado 100 pacientes ingresados en Medicina Interna, de los cuales 49 eran mujeres y 51 varones. Agrupados por edad: > 90 años 18; 80-90 a. 36; 70-80 a. 25; 60-70 a. 7; < 60 a 14.

Resultados. Únicamente 64 pacientes presentaban disnea como clínica de inicio, con el diagnóstico posterior de TEP en 15 de ellos (6 mujeres y 9 hombres). Se realizaron 21 gammagrafías y 23 TACs torácicos helicoidales. De los 100 pacientes, 15 habían presentado cirugía previa, 25 tenían inmovilización completa, y 22 con limitación funcional. Entre las causas de riesgo cardiovascular de nuestros 100 pacientes; 50 eran HTA, 24 eran DM-2, 23 dislipémicos, 15 obesos y 9 fumadores activos. Hemos registrado también que 18 estaban diagnosticados de neoplasia y 22 presentaban una FA (tabla 1: Factores de Riesgo Cardiovascular y TEP). Entre los tratamientos que tomaban, que pudieran afectar a la coagulabilidad sanguínea: 20 de ellos con ácido acetil salicílico 100 mg; 4 aas 300 mg; 6 heparina sc; 1 anticonceptivos orales; 5 clopidogrel (tabla 2: Tratamientos y TEP) Por último, en la tabla 3 se muestra el número de pacientes con D-dímeros altos y de éstos los que presentaban TEP diagnosticado, así como los que cursando con disnea (64 pacientes) y acabaron teniendo un tromboembolismo pulmonar, frente a los que elevaron dímeros descartando el diagnóstico de TEP.

Discusión. ¿En un paciente con D-dímeros altos pedidos en Urgencias sin una clínica clara de TEP, pero presentando un cuadro respiratorio o mal estado general está indicado pedir gammagrafía V/Q o un TAC helicoidal para descartarlo? ¿Podemos considerar los D-D como reactivos de fase aguda en pacientes sin sospecha clara de TEP? En definitiva, ¿hacemos medicina defensiva y se lo pedimos de todos modos?

Conclusiones. 1. En los paciente con D-D entre 0 y 4, podemos considerarlo como reactante de fase aguda, de infección respiratoria u otras, descartando TEP. 2. La disnea brusca es la principal manifestación clínica de TEP, por lo que es un indicador fundamental para la solicitud de pruebas complementarias como los D-D y evitar así la importante cantidad de falsos positivos.

Tabla 1. Factores de RCV y TEP.

| | HTA | DM | Dislp/ Tabag obesidad | CA | ACxFA | Inmov/ impot. func | |
|------|-----|----|--------------------------|----|-------|-----------------------|-------|
| PACS | 50 | 24 | 23/15 | 9 | 18 | 22 | 47/22 |
| TEP | 6 | 1 | 5/1 | 0 | 4 | 1 | 7 |

Tabla 2. Tratamientos y TEP.

| | AAS 100 | AAS 300 | CLOPIDOGREL | HEPARINA |
|-----------|---------|---------|-------------|----------|
| PACS | 20 | 4 | 5 | 6 |
| TTO + TEP | 3 | 0 | 0 | 1 |

Tabla 3. Elevación de D-dímeros.

| | DD < 1 | DD 1-2 | DD 2-4 | DD 4-6 | DD 6-8 | DD 8-10 | DD > 10 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Pacs. totales | 23 | 26 | 24 | 4 | 2 | 4 | 13 |
| Pacs. TEP | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| Disnea +TEP | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| Infec. | 5 | 14 | 15 | 1 | 2 | 1 | 4 |

T-016

ESTUDIO DE COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS GRAVES ASOCIADAS A TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
A. Sanjurjo Rivo¹, A. Rodríguez González¹, M. Ferreiro Argüelles² y J. De Lis Muñoz¹

¹Medicina Interna. Hospital Montecelo. Pontevedra.

²Hematología. Hospital Montecelo (CHOP). Pontevedra.

Objetivos. Calcular las tasas de incidencia global y por grupos de edad de complicación hemorrágica grave en pacientes anticoagula-

dos y si la edad en el momento de la complicación se asocia a mayor mortalidad. Analizar el tiempo transcurrido desde el inicio de la anticoagulación a la presentación de la complicación hemorrágica.

Material y métodos. Estudio de cohortes histórica, entre el 1/01/2003 y el 10/05/2005. Los casos son todos aquellos anticoagulados de ambos sexos, del CHOP durante dicho período, que han tenido algún evento hemorrágico mayor. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados. Se obtuvieron 205 episodios de 8.418 pacientes. Divididos en 2 cohortes, mayores y menores de 80 años: 73 eventos en mayores de 80 años (70 pacientes), con una incidencia de 2,8% (n = 2587); y 132 eventos de 110 pacientes, en menores de 80 años, incidencia del 2,2% (n = 5831). La incidencia global fue de 2,24%. Resultados por grupos (tabla). Aplicando el test de T Student para el análisis de medias de la edad de inicio de anticoagulación oral y aparición de complicación se observa: una aparición más precoz de complicación en los mayores de 80 años, siendo estadísticamente significativa p = 0,000). Con respecto al buen y mal control medido por el valor de INR en relación con la edad durante la presentación de la complicación, no se observan diferencias significativas entre ambos grupos (P = 0,061). Analizando la evolución, se obtuvo una mayor frecuencia de éxitus en los mayores de 80 años y, en el análisis de correlación resultó estadísticamente significativo.

Discusión. No se observan diferencias estadísticamente significativas en la tasa de incidencia de sangrado entre ambos grupos, al igual que en las series generales(en torno al 2,5%). Esta baja incidencia apoya la seguridad y la eficacia del tratamiento anticoagulante. Hemos detectado una aparición más precoz de complicaciones en los mayores de 80 años (p = 0,000). La mortalidad se duplica en el grupo de mayores de 80. En este estudio solo hemos analizado la intensidad de anticoagulación definiendola como buen o mal control, y no resultó significativo. Algunas de las complicaciones hemorrágicas graves precisaron suspensión temporal del tratamiento uno han sido recogidas en este estudio. Otra de las limitaciones es que el estudio se basa solo en complicaciones hemorrágicas, quedando excluidos eventos embólicos o aterotrombóticos en pacientes anticoagulados.

Conclusiones. El tratamiento anticoagulante a largo plazo parecen seguros. En pacientes ancianos se demuestra que la tasa de complicaciones es similar al resto de la población anticoagulada. Esto puede estar en relación con la calidad de las mejoras del tratamiento anticoagulante y de los protocolos clínicos.

Tabla 1. Resultados de cohortes.

| Cohortes | Mayores de 80 años | Menores de 80 años |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Edad media inicio de ACO | 81,01 años | 67,56 años |
| Edad media aparición de complicación | 83,37 años | 70,61 años |
| Valor medio de INR | 3,73 | 3,49 |
| Patología de riesgo subyacente | 36% | 28,1% |
| Evolución (nº exitus) | 10,7% | 5,4% |
| Suspensión de tto. | 16% | 7% |

T-017

PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETE) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Valle Bernad, M. Delgado Casas, C. Sáiz Pérez, M. Salazar Muñoz, M. García Vasco, F. Fernández Díaz, M. Piret Ceballos y J. Villegas de la Lama

Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria.

Objetivos. La profilaxis de la ETE en los enfermos quirúrgicos está ampliamente consolidada, lo cual no sucede en los pacientes no quirúrgicos. Sin embargo los estudios postmortem demuestran que solo una cuarta parte de los pacientes que fallecen por ETE tenían una cirugía reciente. Por otra parte se ha demostrado que la utilización de Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) a dosis inferior a 4000 UI anti Xa es poco efectiva en la profilaxis de la ETE en los pacientes con patología médica. Los objetivos de este estudio son:

1) Valorar el grado de utilización de profilaxis de ETE en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital. 2) Valorar la dosificación utilizada en los pacientes tratados.

Material y métodos. Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados consecutivamente en el Servicio de M. Interna, a partir del 1 de Enero de 2005. La predeterminación del tamaño de la muestra se ha realizado con una prevalencia esperada del 15% y una precisión del 7% para un valor alfa del 0,05. Se excluyeron del estudio los pacientes ingresados con diagnóstico de ETE, y los anticoagulados de forma crónica por cualquier motivo. En todos los pacientes se recogieron la edad, sexo, factores de Riesgo para ETE, motivo de ingreso, encamamiento, utilización de profilaxis con HBPM, dosis y tiempo. Se agruparon los pacientes en tres grupos de riesgo de ETE : Riesgo Alto si presentaban cualquiera de las siguientes patologías: Insuficiencia Cardíaca (IC) en mayores de 70 años, neoplasia activa, Ictus con parálisis de extremidades, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con reagudización grave, ETE previa, trombofilia o Infarto agudo de Miocardio (IAM); Riesgo Moderado cuando el paciente estaba inmovilizado o con reposo durante más de 4 días y presentaba una enfermedad activa distinta de las consideradas en alto riesgo, o padecía IC con < de 70 años; y riesgo bajo si no estaba incluido en las 2 categorías anteriores. Se consideró correcto hacer profilaxis con HBPM a los pacientes de Riesgo alto y Moderado. Se consideró dosis correcta si superaba 4000 UI Anti Xa. Para el análisis descriptivo de las variables se han utilizado porcentajes y media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Se utilizó la prueba de la chi-cuadrado para el análisis de las variables cualitativas. El análisis de variables cuantitativas se realizó mediante la *t* de Student. Todos las pruebas han sido de dos colas y con un riesgo alfa de 0,05.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 116 pacientes. Los factores de riesgo evaluados mostraron: obesidad (29,3%), IAM (0,9%), reagudización grave de EPOC (38,8%), parálisis de miembros (13,8%), ETE previa (4,3%), Infección aguda grave (60,3%), IC (17,2%), Cáncer (11,2%), reposo absoluto > 4 días (25,9%), reposo relativo (6,8%). Los pacientes se distribuyeron en las 3 categorías de Riesgo de la siguiente manera: Riesgo Alto, 73 pacientes (62,9%); Riesgo Moderado, 25 pacientes (21,6%); Riesgo Bajo, 18 pacientes (15,5%). Grado de utilización de Profilaxis: Riesgo Alto: 56 pacientes (76,7%); Riesgo Moderado: 22 pacientes (88%); Riesgo Bajo: 10 pacientes (56%). Dosificación de la HBPM: Fue correcta en el 20,5% de los pacientes de Riesgo Alto y en el 20% de los pacientes con Riesgo Moderado.

Conclusiones. 1) La mayoría de los pacientes ingresados en un Servicio de M Interna (84,5%), están incluidos en los grupos de riesgo alto o moderado de ETE. 2) En nuestro estudio reciben profilaxis el 80% de los pacientes que la requieren. 3) La dosis es inferior a la recomendada en 2/3 de los pacientes.

T-018 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO

A. Alemán Lorenzo, N. Campillo Guerrero, A. Fernández López, P. Martínez Montiel, J. Bravo Urbieta, M. Gandía Herrero, M. Gil Ortega y E. López Lozano

Medicina Interna. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. El síndrome antifosfolipídico catastrófico (SAFC) es un evento clínico del síndrome antifosfolipídico (SAF), que cursa con fracaso multiorgánico y alta morbimortalidad. Presentamos dos pacientes con SAFC, uno con SAF previo conocido y otro como forma de debut.

Resultados. Caso1: Hombre de 27 años diagnosticado de SAF, que, tras abandonar el tratamiento anticoagulante, ingresa por cuadro clínico de dolor y tumefacción en manos y pies, afectación cardíaca (disfunción sistólica), hepática (alteración bioquímica) e insuficiencia suprarrenal (vómitos, hipotensión y confirmación analítica). La biopsia de piel mostró afectación vascular con microtrombos. Tras tratamiento anticoagulante, antiagregante, mineralocorticoide, así como soporte cardíaco experimentó mejoría progresiva. Caso2: Hombre de 35 años sin antecedentes de interés que presentó cuadro febril y dolor lumbar. En TAC abdominal se apreció infarto esplénico. Durante el ingreso desarrolló disnea progresiva con insuficiencia respiratoria presentando en Rx Tórax imágenes compatibles con distrés respiratorio, se trasladó a UCI precisando ventilación

mecánica. Desarrolló trombosis venosa subclavia izquierda y afectación hepática. El PTTA estaba alargado y Ac anticardiolipina IgG e IgM fueron muy positivos. Tras tratamiento anticoagulante el paciente evolucionó satisfactoriamente.

Discusión. El SAF es una entidad devastadora que acontece en el marco del SAF; cursa con formación de microtrombos en múltiples órganos y clínicamente produce fallo multiorgánico. Los criterios diagnósticos incluyen evidencia clínica de oclusión vascular en tres o más órganos, confirmación serológica de anticuerpos antifosfolipídicos, desarrollo de la afectación en tiempo reducido y eventualmente demostración histológica de microangiopatía trombótica en algunos de los órganos afectados. Los factores desencadenantes principales son infecciones, fármacos y abandono del tratamiento. El tratamiento consiste en anticoagulación, antiagregación, así como inmunosupresores y/o plasmaféresis.

Conclusiones. El síndrome antifosfolipídico puede cursar en algún momento de su evolución como síndrome antifosfolipídico catastrófico, conduciendo a fallo multiorgánico, por lo que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de éste. El síndrome antifosfolipídico catastrófico puede ser, como en uno de nuestros pacientes, la forma de debut del síndrome antifosfolipídico.

T-020 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA DURANTE EL EMBARAZO. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. García Fuster, F. Martínez García, M. Ruano Camps, M. Oltra Sempere, N. Abdilla Bonias, M. Fabiá Valls, M. Artes Figueres y C. Fernández Rodríguez

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Describir la experiencia en la enfermedad tromboembólica venosa (ETV): trombosis venosa profunda (TVP) y embolismo pulmonar (EP) durante el embarazo y puerperio.

Material y métodos. Se presentan cinco pacientes entre 27 y 41 años cuatro de las cuales sufrieron ETV durante el embarazo y una durante el puerperio. Se valoran antecedentes trombóticos, factores de riesgo, profilaxis durante el embarazo, localización de la TVP, tratamiento, tipo de parto vaginal o cesárea.

Resultados. Ver tabla 1.

Conclusiones. El principal problema en la embarazada con antecedentes de: TVP, trombofilia congénita, anticuerpos antifosfolipídicos y anomalía de cava es si hay que utilizar profilaxis, y en su caso cuándo empezar y a qué dosis. En segundo lugar cuando aparece la ETV y se aproxima el parto, hay que elegir entre heparina de bajo peso molecular (HBPM) o heparina endovenosa así como entre parto vaginal o cesárea. Nuestra experiencia muestra: Ante la existencia de antecedentes trombóticos, trombofilia congénita y anomalía de cava debe utilizarse profilaxis con HBPM sobre todo en el 3º trimestre. Resulta más cómoda la HBPM al acercarse el parto, no obstante, la única complicación hemorrágica observada ocurrió utilizando una de ellas. El parto por cesárea fue el más elegido por su fácil programación y menor riesgo para el niño, aunque teóricamente es más trombógeno que el vaginal.

Tabla 1.

| | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 | Paciente 5 |
|--------------------------|----------------------------|------------------|------------|-----------------------|-----------------|
| Edad (años) | 27 | 41 | 29 | 28 | 33 |
| Semana gestación | Posparto | 34 | 10 | 38 | 35 |
| Antecedentes trombóticos | No | No | No | Sí en MII | No |
| Trombofilia congénita | No | No | No | Déficit de proteína C | Factor V Leyden |
| Anomalía anatómica | Doble cava inferior | No | No | No | No |
| Profilaxis en embarazo | No | No | No | Sí (HBPM) | No |
| Localización | III | III | III | MID | MID |
| Embolismo pulmonar | No | No | No | No | No |
| Tratamiento | Heparina VV y fibrinólisis | HBPM | HBPM | Heparina VV | Heparina VV |
| Tipo de parto | Cesárea | Cesárea | Cesárea | Cesárea | Vaginal |
| Complicaciones | No | Hematoma pélvico | No | Sd. posttrombótico | Favorable |

T-021

CORRELACIÓN POSITIVA ENTRE PARÁMETROS INFLAMATORIOS Y DÍMERO D EN LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

I. Palma Baro¹, C. Rubio Sánchez¹, A. Blanco Molina¹, J. Ruano Ruiz¹, J. Criado¹, P. Seguí², R. Fernández Puebla¹ y F. Pérez Jiménez¹

¹Medicina Interna, ²Radiodiagnóstico. Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. La trombosis venosa profunda (TVP) es una enfermedad con un claro componente inflamatorio, sin estar determinado aún si se trata de un factor etiológico o consecuente al proceso. El objetivo de este estudio es observar los cambios sufridos en la proteína C reactiva (PCR), dímero D, ferritina, velocidad de sedimentación globular (VSG) y orosomucoide a lo largo de la evolución del la TVP y su relación con otros factores de riesgo.

Material y métodos. 20 pacientes diagnosticados de TVP o tromboembolismo pulmonar mediante Ecodoppler venoso, gammagrafía de perfusión pulmonar o AngioTAC helicoidal. Se determinaron los parámetros antes mencionados en el momento del diagnóstico (Fase 1), a la semana (Fase 2) y a los tres meses del evento agudo (Fase 3).

Resultados. Se detectaron diferencias significativas en la evolución de los valores de todos los factores inflamatorios según la siguiente tabla, con un claro descenso con el tiempo. Existe una correlación positiva y significativa entre el Dímero D y la PCR (R de Pearson 0,633 p < 0,001) y orosomucoide (R de Pearson 0,476, p < 0,001).

Discusión. Nuestros datos indican un importante componente inflamatorio sistémico en la TVP, que mejora a lo largo de la resolución clínica de la misma. Este estudio corrobora la relación ya descrita entre Dímero D y PCR.

Conclusiones. El componente inflamatorio sistémico en la TVP es importante y merecería la pena investigar si tiene relación con la gravedad de la enfermedad y con el pronóstico.

Parámetros en las distintas fases.

| | FASE 1 | FASE 2 | FASE 3 | p global |
|--------------|------------|------------|----------|----------|
| PCR | 17 ± 4 | 6 ± 2 | 3 ± 1 | 0,005 |
| FERRITINA | 213 ± 33 | 301 ± 59 | 124 ± 21 | 0,001 |
| OROSOMUCOIDE | 149 ± 8 | 141 ± 9 | 118 ± 6 | 0,001 |
| VSG | 19 ± 4 | 19 ± 4 | 13 ± 3 | 0,014 |
| DÍMERO D | 2759 ± 295 | 1848 ± 358 | 226 ± 33 | < 0,0001 |

T-024

TROMBOSIS DE VENA YUGULAR INTERNA EN PROBABLE RELACIÓN CON TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVOS ORALES

M. Mañas, E. Marchán, F. Ceres, S. Rodríguez, C. Conde, J. Ros, P. Calderón y J. Yanes

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

Objetivos. Describir las características de dos pacientes diagnosticadas de trombosis de la vena yugular interna en probable relación con la toma de anticonceptivos orales.

Material y métodos. Se recogieron los datos de dos pacientes diagnosticadas de trombosis de la vena yugular interna que se encontraban en tratamiento con anticonceptivos orales. Ambas, fueron ingresadas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Alarcos (Ciudad Real) entre los meses de noviembre de 2004 y enero de 2005.

Resultados. CASO 1: Paciente mujer de 47 años de edad, fumadora de 4 cigarrillos/d que recibía tratamiento con Levonorgestrel y Etinilestradiol. Acudió a la consulta de otorrinolaringología por la aparición de una masa blanda supraclavicular izquierda acompañada de dolor laterocervical en el mismo lado. No refería traumatismos previos ni ejercicios intensos en dicha zona. Se realizó ecografía-doppler que objetivó trombosis de la vena yugular interna. Ingresó en el Servicio de Medicina Interna para completar su estudio y trata-

miento. El estudio de procoagulabilidad fue normal y se descartó la presencia de neoplasia. Ha realizado tratamiento con heparina de bajo peso molecular y acenocumarol, con buena evolución posterior. CASO 2: Paciente mujer de 44 años, sin antecedentes de interés, que tomaba Etinilestradiol y Gestodeno. Quince días antes, fue diagnosticada de sinusitis maxilar derecha. Realizó tratamiento con Amoxicilina-clavulánico con buena evolución clínica tras el mismo. Acudió a la consulta de otorrinolaringología por la aparición en la última semana de dolor e hinchazón en la zona laterocervical izquierda. Desde allí se decidió ingreso en el Servicio de Medicina Interna para completar el estudio. La tomografía axial computerizada cervico-torácica visualizó la presencia de trombos a nivel de la vena yugular interna, en los senos sigmoideo izquierdo y lateral. No se apreciaban masas, adenopatías ni sinusitis en ese momento. El estudio de procoagulabilidad y el resto de pruebas realizadas fueron normales. Inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular y acenocumarol con buena evolución posterior.

Discusión. La trombosis de la vena yugular interna es una localización para inusual. Actualmente las causas más frecuentes son la utilización de catéteres venosos centrales, la adicción a drogas vía parenteral y con menor frecuencia los tumores. También se han recogido casos en pacientes que recibían tratamientos de fertilidad. Aunque la toma de anticonceptivos orales es un factor de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa, la localización habitual suele ser en miembros inferiores. Tras realizar una revisión de la literatura, no hemos encontrado ningún caso descrito de aparición de trombosis de la vena yugular interna en mujeres que recibían este tratamiento. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor y la aparición de una masa laterocervical o supraclavicular. Sin embargo, suele cursar de forma asintomática por lo que se encuentra infradiagnosticada. La complicación más grave es el tromboembolismo pulmonar que puede producirse hasta en el 5% de los casos. El diagnóstico se realiza tras un elevado grado de sospecha clínica con una técnica de imagen. La más utilizada es la tomografía axial computerizada. El tratamiento de elección es la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y anticoagulantes orales. La duración de la misma varía de tres a doce meses dependiendo de la causa desencadenante.

Conclusiones. Hemos descrito dos casos de pacientes con diagnóstico de trombosis de la vena yugular interna. Tras realizar su estudio, creemos que probablemente ambos se encuentren en relación con la toma de anticonceptivos orales, ya que las pacientes no presentaban otros factores de riesgo.

T-025

SENSIBILIDAD A LA INSULINA EN LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

J. Criado¹, C. Rubio¹, A. Blanco Molina¹, I. Palma¹, J. Ruano¹, J. Caballero², F. Fuentes¹ y F. Pérez Jiménez¹

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE) es una enfermedad multifactorial caracterizada por la formación de trombosis en el árbol venoso. Varios estudios han demostrado una respuesta inflamatoria sistémica en este proceso. Por otra parte, en situaciones de estrés agudo o crónico se ha observado una variación en la sensibilidad a la insulina, fenómeno que a su vez puede estar relacionado con la existencia de un estado inflamatorio. El objetivo de este trabajo es valorar la sensibilidad a la insulina en pacientes con ETE y sus variaciones a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Material y métodos. Se incluyen en el estudio 18 pacientes diagnosticados por métodos objetivos de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP). Se calculó la sensibilidad a la Insulina mediante el índice HOMA (Homeostasis Model Assessment) y el perfil lipídico en el momento del diagnóstico de la enfermedad (FASE A), a los 7 días (FASE B) y a los tres meses (FASE C).

Resultados. En los enfermos con menor sensibilidad a la insulina en el momento del diagnóstico (HOMA A > 2, 3.10 ± 0,35), el índice HOMA descendió progresivamente a los 3 meses (2.48 ± 0,41, p = 0,006). En los pacientes con mayor sensibilidad a la insulina en el inicio del estudio (HOMA A ≤ 2), se observó un ascenso de este parámetro a los 7 días (Fase A: 1.23 ± 0,13, fase B: 2.83 ± 0,52, p

= 0,016), y un descenso a los tres meses (Fase C: $1.83 \pm 0,27$, $p = 0,03$ vs fase A).

Discusión. Los resultados muestran que el índice HOMA varía durante la evolución de la TVP. Las modificaciones de este marcador de sensibilidad a la insulina sugieren una posible relación con los fenómenos inflamatorios observados previamente en esta enfermedad. **Conclusiones.** La sensibilidad a la insulina se modifica a lo largo del curso de la trombosis venosa. Se precisan estudios más amplios para determinar si estos cambios pueden tener significado pronóstico sobre la evolución de la enfermedad.

T-026
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

L. López Jiménez, M. Montero Pérez Barquero, J. Criado García, C. Delgado Gordillo, C. Sánchez Medina y A. Jurado Porcel

Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Hospital Provincial. Córdoba.

Objetivos. Conocer el número real de pacientes que ingresan en el hospital con sospecha clínica de trombosis venosa profunda (TVP) que posteriormente no se confirma mediante pruebas objetivas. Conocer los diagnósticos finales de estos pacientes, que representan el diagnóstico diferencial de la TVP. Comparar los antecedentes, los factores de riesgo y los datos clínicos y analíticos con los de una población similar de pacientes con TVP confirmada por ecografía.

Material y métodos. Estudio prospectivo desde febrero de 2003 hasta junio de 2005. Pacientes ambulatorios ingresados por sospecha de TVP posteriormente descartada mediante ecografía-doppler. Se aplicó un protocolo de recogida de parámetros que incluyeron datos basales, factores de riesgo, comorbilidad, datos clínicos y analíticos. Se utilizaron criterios definidos para diagnosticar los diferentes procesos. Paralelamente se recogieron datos similares de una población de pacientes con TVP confirmada mediante ecografía. Se realizó un análisis estadístico comparativo de los dos grupos mediante Odds ratio, intervalos de confianza del 95% y $p < 0,05$.

Resultados. Se recogieron un total de 43 pacientes con TVP no confirmada. Los diagnósticos de estos pacientes aparecen en la tabla. En la comparación de los diferentes parámetros con los pacientes con TVP confirmada, sólo tuvieron significación estadística la localización proximal, la ausencia de fiebre y una duración menor de los síntomas en los pacientes con auténtica TVP.

Discusión. Los resultados de este estudio son parecidos a los de otros similares. El diagnóstico clínico de la TVP es a la vez poco sensible y poco específico. La aplicación sistemática de un modelo predictivo de probabilidad pre-prueba, como el de Wells, junto con la utilización juiciosa del dímero-D, son mucho más eficaces que la valoración basada en el mero juicio clínico. La principal limitación de este trabajo es el reducido número de pacientes.

Conclusiones. La celulitis y la patología venosa crónica (insuficiencia venosa y síndrome postrombótico) son los procesos más frecuentes que simulan una TVP, dando cuenta de casi la mitad de los casos. La realización sistemática de ecografía-doppler en los servicios de urgencias ahorra ingresos hospitalarios. Los datos basales, los factores de riesgo, la comorbilidad y las características clínicas y analíticas son esencialmente iguales en los pacientes con TVP no confirmada que en aquellos con auténtica TVP, sin embargo, los primeros tienen significativamente síntomas durante más días, en ellos es más frecuente la presencia de fiebre y sus manifestaciones clínicas se limitan a menudo por debajo del hueco poplíteo.

Diagnósticos finales de los 43 pacientes con TVP no confirmada.

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Celulitis | 9 (20,9%) |
| Insuficiencia venosa | 8 (18,6%) |
| Hematoma muscular | 7 (16,3%) |
| Quiste de Baker | 3 (6,9%) |
| Síndrome postrombótico | 3 (6,9%) |
| Tromboflebitis superficial | 3 (6,9%) |
| Infección de prótesis de rodilla | 2 (4,6%) |
| Varios | 4 (9,3%) |
| Sin diagnóstico | 4 (9,3%) |

T027
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE FUENLABRADA PORTADORA DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO

O. Mateo Rodríguez, M. Romero Sánchez, J. Canora Lebrato, J. Ruiz Ruiz, A. Casillas Villamor y A. Zapatero Gaviria

Medicina Interna. Hospital Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Conocer las características clínicas de los pacientes portadores de anticuerpos antifosfolípido (aFL) en el primer año de funcionamiento de nuestro hospital.

Material y métodos. Se recogieron todas las determinaciones de aFL realizadas entre junio de 2004 y 2005. Se estudiaron los anticuerpos anticardiolipina IgG (ACAG) e IgM (ACAM) y los anti B2-glioproteína I (ABGI) en los casos dudosos. Se clasificaron en: grupo A, SAF definido, grupo B anticuerpos positivos, grupo C, Ac positivos en rango indeterminado. Se recogieron variables clínicas que se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 11.0.

Resultados. De los 121 casos positivos 76 fueron mujeres (62.8%) y 45 varones (37.2%) con una mediana de edad de 43 años. Se encontraron: ACAG 66 (54.6%), ACAM 76 (62.8%), ambos 13 (10,74%) y ABGI 6 (5%). Las características clínicas de los subgrupos se recogen en la tabla.

Discusión. No encontramos diferencias en los tres grupos salvo en la aparición de trombosis venosas. Agrupando todos los Ac positivos y comparándolos con los indeterminados, se encontraron de forma estadísticamente significativa mayor prevalencia de trombosis venosa, SAF asociado a LES, y número de pacientes en tratamiento. Sorprendentemente la presencia de trombosis arterial fue más prevalente en el grupo de Ac indeterminados. Quizás esto pueda atribuirse a la inclusión de patologías prevalentes como el AIT o la cardiopatía isquémica como trombosis arterial. Los pacientes con anticuerpos claramente positivos siguieron tratamiento antiagregante de forma más frecuente que los del grupo C siendo estas diferencias significativas. No hallamos diferencias en la prescripción en función del especialista responsable.

Conclusiones. En este primer año de hospital se han detectado 121 pacientes con AFL positivos, de los cuales 24 cumplían criterios de SAF definido, 48 de SAF probable y 49 tuvieron aFL en rango indeterminado. No se encontraron diferencias en los grupos salvo en la prevalencia de trombosis venosa. Los hematólogos e internistas son los médicos que más controlan esta enfermedad en nuestro hospital aunque existe un alto número de pacientes en seguimiento por otras especialidades. Como elemento de crítica señalar que sólo el 30,5% de los pacientes aFL positivos siguieron tratamiento antiagregante.

Características por grupos.

| Grupos | A (n: 24) | B (n: 48) | C (n: 49) | p |
|-------------|-----------|-----------|-----------|---------|
| Tr V | 10 | 11 | 5 | 0,008 |
| Tr Art | 1 | 6 | 10 | no sig. |
| Abortos | 1 | 4 | 5 | no sig. |
| Recurrencia | 3 | 4 | 2 | no sig. |
| Trombopenia | 1 | 5 | 4 | no sig. |
| LES | 4 | 6 | 2 | no sig. |
| Tto. | 9 | 13 | 9 | no sig. |

T-028
CALIDAD DE VIDA ASOCIADA AL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

R. Diazaraque Marín¹, J. Roiz Fernández², J. Paño Pardo¹, C. Fernández Capitán¹, F. Arnalich Fernández¹ y J. Vázquez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Centro de Salud Virgen del Cortijo. Área IV. Madrid.

Objetivos. Evaluar, en aquellos pacientes que hayan presentado un episodio agudo de TEP, la calidad de vida resultante, 6 meses des-

pués del mismo así como los dominios concretos de la calidad de vida pueden verse afectados tras un episodio de tromboembolismo.

Material y métodos. Entre Enero de 2001 y Diciembre de 2002 fueron incluidos, de forma consecutiva, todos aquellos pacientes (103) con sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar confirmada de forma objetiva evaluados en el Hospital Universitario La Paz. El seguimiento de cada paciente tuvo lugar en dos fases diferenciadas: En la primera fase, correspondiente al período de ingreso hospitalario se recogieron datos relevantes provinientes de la historia clínica y del examen físico. En una segunda etapa, iniciada al cabo de un mes del alta hospitalaria, se realizaba un primer seguimiento del paciente, en el cual se comprobaba que existiera un adecuado cumplimiento terapéutico, se informaba al paciente sobre todas aquellas dudas que pudieran surgirle acerca de su enfermedad y se evaluaba, por medio de anamnesis y exploración física, la situación clínica global del paciente. Al tercer mes del episodio tromboembólico se repetía la visita y al sexto mes, además de la valoración clínica usual, se procedía a la realización de una encuesta de calidad de vida genérica (SF-36) así como a una nueva evaluación radiológica por medio de TC helicoidal. La entrada de datos se llevó a cabo por medio de un formulario realizado en Access 97 para asegurar su calidad. El estudio estadístico se llevó a cabo por medio del paquete estadístico R.

Resultados. Un total de 89 pacientes seguidos en consultas tuvieron un seguimiento completo y completaron el cuestionario SF-36 validado para España. En comparación con las puntuación normalizada española los pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) 6 meses después del evento inicial puntuaban significativamente ($p < 0,05$) por debajo de la población general ajustada por sexo y edad. Este deterioro se relaciona de forma relevante con la comorbilidad, la edad y el grado de resolución radiológica en el momento de la evaluación. Así mismo, la gravedad mostrada en el momento del evento inicial, medida a través de la escala APACHE, se correlaciona en sus subescalas físicas con la dimensión física de la encuesta SF-36, que es la dimensión afectada de forma más intensa por el TEP.

Discusión. Las medidas de calidad de vida no sustituyen a la evaluación tradicional de la enfermedad, pero sí la complementan, permitiendo obtener información acerca del punto de vista del paciente, lo que redundará en una optimización de la atención sanitaria que, merced a los datos obtenidos, es capaz de responder mejor a las necesidades del enfermo. Pese a esto, tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica, no hemos identificado referencias que se enfoquen en este tema. Este trabajo demuestra que los pacientes que han presentado un TEP en los 6 meses anteriores perciben un deterioro en su calidad de vida en todas las dimensiones evaluadas, aunque más evidente en las físicas. Este menoscabo en la calidad de vida es evidente aún en un momento, 6 meses después del evento inicial, cuando la doctrina actual determina la conveniencia de suspender el tratamiento y, frecuentemente, el alta médica.

Conclusiones. Dado el impacto que tiene la ETV sobre la calidad de vida, ésta debería ser incluida en la valoración rutinaria de los individuos con ETV por cuanto favorece una valoración global acerca de aspectos relevantes de la enfermedad. Para ello, la encuesta SF-36 es un método sencillo y adecuado para valorar la calidad de vida en los pacientes que han presentado un TEP, gracias a su capacidad para valorar holísticamente al paciente

T-030

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

C. Rubio Sánchez¹, I. Palma Baro¹, J. Ruano Ruiz¹, A. Blanco Molina¹, J. Criado García¹, P. Pérez Martínez¹, P. Seguí Azpilcueta² y F. Pérez Jiménez¹

¹Medicina Interna. H.U. Reina Sofía. Córdoba. ²Radiodiagnóstico. H.U. Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. El endotelio vascular desempeña un papel primordial en el desarrollo de la trombosis venosa. En el contexto de un evento tromboembólico venoso agudo se ha observado un aumento significativo de moléculas de adhesión celular, como probables marcadores de inflamación y activación endotelial. Objetivo: Estudiar si, junto al incremento de moléculas de adhesión, existe una alteración de la función endotelial a lo largo de la evolución de la trombosis venosa profunda.

Material y métodos. El estudio se realizó en 18 pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda por ecografía doppler. Se determinaron los niveles de P-selectina en plasma y la respuesta vasodilatadora microvascular mediada por el endotelio, mediante fluometría láser doppler, en el momento del diagnóstico, a los 7 días y a los tres meses del episodio agudo.

Resultados. La P-selectina se encontró elevada en la primera determinación (144 ± 20) con respecto a la observada a la semana (61 ± 8 , $p < 0,001$) y a los 3 meses (69 ± 8 , $p < 0,001$). La función endotelial, estimada como el porcentaje de cambio entre el flujo capilar basal y el flujo tras la isquemia, se encontró más reducida el primer día (98 ± 22), presentando una mejoría significativa a los 7 días (207 ± 53 , $p < 0,01$) y a los tres meses (231 ± 65 , $p < 0,01$).

Discusión. En la trombosis venosa profunda se produce una respuesta a nivel sistémico en la que el endotelio desempeña un papel central y que se traduce en una reacción inflamatoria y una disfunción endotelial transitorias, de manera similar a lo que ocurre en otras enfermedades vasculares como la arteriosclerosis.

Conclusiones. El endotelio sistémico participa de un proceso inflamatorio localizado como es la TVP, lo que puede tener significado pronóstico.

T-031

HEMATOMAS DE RECTO ANTERIOR ABDOMINAL EN RELACIONACIÓN CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR (HBPM)

R. García Madero¹, M. Yebra Bango¹, P. Laguna del Estal¹, M. Agud Fernández¹, C. García Zubiri¹, S. Alcántara Carmona¹, A. Delaiglesia Lorenzo¹ y J. Pérez Picouto²

¹Medicina Interna, ²Radiología Intervencionista. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Revisión retrospectiva de los casos de hematoma grave de músculo recto anterior abdominal relacionados con HBPM ocurridos en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid (HPH) entre los años 99-05: factores de riesgo, clínica, tratamiento y evolución.

Material y métodos. Como fuente de reclutamiento de pacientes hemos utilizado el servicio de archivo del HPH, realizando una búsqueda informatizada entre los años 99-05, obteniéndose inicialmente 88 casos de hemorragias como efecto adverso de heparina. De todos ellos, 8 pacientes presentaban hematoma de pared abdominal por HBPM, pero solo 6 cumplían criterios de gravedad: estancia en UCI, inestabilidad hemodinámica, necesidad de transfusión sanguínea, precisión de cirugía o embolización de arteria epigástrica. Estos últimos son los que incluimos en la revisión.

Resultados. Los 6 pacientes eran mujeres, con edades comprendidas entre los 71 y los 93 años. 4 pacientes estaban en tratamiento previo con anticoagulantes orales y los 6 ingresaron en el hospital por una causa distinta al hematoma de pared abdominal. En cuanto a los factores de riesgo que favorecen la hemorragia hemos tenido en cuenta: edad mayor de 65 (6 casos); dosis anticoagulante, no profiláctica, de HBPM (6); duración del tratamiento con HBPM mayor de 7 días (3); toma de AINEs (0); tratamiento concomitante con anticoagulantes orales (3); sobredosificación de acenocumarol (4); comorbilidad que aumenta el riesgo de sangrado (HTA (6), insuficiencia renal (2), hepatopatía (0), coagulopatía (0), menos de 100000 plaquetas (1)); maniobras que favorecen el hematoma (gastroscopia, esfuerzo, traumatismo) (3); antecedente de hemorragias previas (3). Todos los casos presentaban al menos 5 factores de riesgo de los mencionados. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal, desde leve hasta abdomen agudo. Todos presentaron anemia importante que requirió transfusión, de ellos, 3 además se hipotensaron. En todos los casos se realizaron pruebas de imagen para el diagnóstico: TC y/o Ecografía abdominal. Finalmente, 3 presentaron una evolución favorable pudiendo darse el alta, y 3 presentaron mala evolución, de los cuales 2 ingresaron en la UCI y se intervinieron quirúrgicamente para evacuar el hematoma, y 1 se sometió a radiología intervencionista para embolización de arteria epigástrica. Estos 3 últimos casos fallecieron en el postoperatorio.

Discusión. La utilización de HBPM en inyección subcutánea con frecuencia produce hematomas leves en la pared abdominal, pero en ocasiones produce hematomas graves que pueden llevar a un desenlace fatal. Se produce por la rotura de la arteria epigástrica inferior o de pequeños vasos del músculo recto anterior del abdomen,

debido al efecto iatrogénico del pinchazo de la HBPM, entre otras causas descritas. Con frecuencia se asocian otros factores de riesgo de sangrado. Se manifiesta clínicamente como dolor abdominal, planteando a menudo el diagnóstico diferencial con otras causas de abdomen agudo. Se confirma por pruebas de imagen, destacando el TC como la que ofrece mayor utilidad. Aunque el tratamiento es inicialmente conservador, en los casos de progresión del hematoma, inestabilidad o infección, puede plantearse cirugía o embolización de la arteria epigástrica, a pesar de no ser siempre resolutivos.

Conclusiones. Los hematomas de recto anterior abdominal en pacientes con HBPM no son excepcionales. Con mayor frecuencia ocurren en mujeres mayores de 65 que presentan al menos 5 factores de riesgo de sangrado, de los que destacamos el tratamiento concomitante con acenocumarol y la HTA. Tienen una alta mortalidad a pesar de cirugía o embolización por radiología intervencionista.

T-032

CONSUMO DE RECURSOS Y REPERCUSIÓN LABORAL ASOCIADOS A TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBRO SUPERIOR

N. Cantero Sánchez, M. Tasia Pitarch, L. Suárez Álvarez, J. Todoli Parra, E. Saro Pérez, L. Mico Giner, V. Bonora Tamarit y J. Calabuig Alborch
Medicina Interna. La Fe. Valencia.

Objetivos. La trombosis venosa profunda de miembro superior (TVP-MS) es una entidad cuya incidencia está en aumento por la implantación de catéteres venosos centrales y marcapasos. Nos propusimos analizar el consumo de recursos hospitalarios durante la fase aguda del episodio, así como la repercusión laboral sobre el paciente a corto y a largo plazo.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional. Análisis de 23 episodios de TVP-MS en 24 pacientes, diagnosticados en el período 1998-2004 1) Cálculo del consumo de recursos: Revisión de la historia clínica. Se incluyeron la edad, sexo, datos relativos al episodio trombotico (fecha de diagnóstico, factores de riesgo, incidencia de tromboembolismo pulmonar, tratamiento administrado) y datos relativos al consumo de recursos hospitalarios durante el episodio agudo (número de pacientes tratados en tratamiento ambulatorio e ingresados, días de estancia, número y tipo de pruebas analíticas, radiológicas y otras pruebas realizadas, tiempo de tratamiento con heparinas de bajo peso molecular y con anticoagulantes). 2) Evaluación de la situación laboral en el momento de la trombosis y su evolución posterior: Mediante entrevista personal realizada entre febrero 2004 y abril de 2005. Se clasificó en: activo, no trabaja, pensionista por jubilación, pensionista por enfermedad. Duración de la baja laboral por la TVP-MS y tipo de trabajo posterior al alta. 3) Análisis estadístico: las variables cuantitativas se presentan como media, rango y desviación standard (DE), y las variables cualitativas como frecuencia.

Resultados. Se analizaron 26 episodios en 24 pacientes (10 mujeres y 14 hombres), con una edad media al diagnóstico de 51,6 años (15,4-85,8; DE 21,9). Tiempo medio desde el episodio a la entrevista: 31,5 meses (2'27 - 22'9; DE 22'9). De los 26 episodios, 23 episodios precisaron ingreso, con una estancia media de 12'22 días (6-34; DE 6'8). No hubo ningún TEP. Factores de riesgo: Marcapasos (5); Catéter venoso (5); Fístula AV (1); Síndrome del Estrecho Torácico Superior (5); Idiopática (4); Otros (4). Durante el episodio agudo se realizaron una media de 4'38 (1-12) hemogramas, 2'46 (1-6) bioquímicas, 4' 62 (1-18) hemostasias y 0'88 (0-2) radiologías básicas. En el 86'6% de los pacientes se realizó un ecografía doppler; el 46'1% y el 26'9% de los pacientes precisaron una flebografía y de la intervención de Radiología vascular intervencionista, respectivamente. El tratamiento en fase aguda tuvo una duración media de 9,4 días y se realizó con HPBM en 23/26 episodios y con heparina no fraccionada en 3 episodios. El tratamiento en fase crónica fue con anticoagulación oral (duración media: 8,46 meses); en un paciente se indicó tratamiento indefinido. 8 episodios recibieron HPBM como tratamiento en fase crónica, durante una media de 5,37 meses (3-11; DE 2,62). Tres pacientes fueron intervenidos de síndrome del estrecho torácico superior (escalenotomía) y se practicó un cierre de fístula arterio-venosa. Respecto a la repercusión laboral, todos los pacientes laboralmente activos al diagnóstico (5), precisaron de baja

laboral, con una duración media de 6'45 meses. Sin embargo no hubo repercusión significativa a largo plazo en cuanto a la capacidad laboral, puesto que todos los pacientes se reincorporaron a su trabajo.

Conclusiones. En nuestro medio, el 88'4% de los pacientes con TVP-MS son ingresados, con un ingreso prolongado (EM 12,22 días), precisando de controles analíticos frecuentes, y de técnicas específicas (ecografía doppler, flebografía, angioplastia) para su diagnóstico y tratamiento. 2) Un 12'5% de pacientes de nuestra serie fueron subsidiarios de tratamiento quirúrgico (escalenotomía). 3) En un elevado porcentaje (69%), los pacientes fueron tratados con tratamiento anticoagulante oral durante una media de 8,46 meses, con el estricto control de hemostasia que ello supone. 4) Todos los pacientes laboralmente activos al diagnóstico, precisaron de baja laboral de una duración media de 6'45 meses. Sin embargo no hubo repercusión significativa a largo plazo en cuanto a la capacidad laboral.

T-033

SÍNDROME POSTROMBÓTICO EN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBRO SUPERIOR Y REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA

M. Tasia Pitarch, N. Cantero Sánchez, L. Suárez Álvarez, J. Todoli Parra, C. Morata Aldea, A. Mendizabal Núñez, V. Bonora Tamarit y J. Calabuig Alborch
Medicina Interna. La Fe. Valencia.

Objetivos. La trombosis venosa profunda de miembro superior (TVP-MS) puede asociarse a complicaciones significativas como tromboembolismo pulmonar, recurrencia de TVP y signos y síntomas englobados como síndrome postrombótico (SPT). Todo ello conlleva una afectación en la calidad de vida del paciente. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia y gravedad del síndrome postrombótico después de un episodio de TVP-MS y estudiar la repercusión del mismo sobre la calidad de vida del paciente medida mediante métodos objetivos.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Población: veinticuatro pacientes diagnosticados de TVP-MS mediante métodos objetivos (ecografía doppler y/o flebografía), entre los años 1998 y 2004, tratados y seguidos en nuestro Servicio. Período de estudio: febrero 2004- abril 2005 Escalas utilizadas: 1) Score validado para síndrome postrombótico de miembros inferiores (Escala de Vilata) y usado previamente en miembro superior. 2) Escala Analógica-Visual para la evaluación global de la calidad de vida percibida por el paciente en relación a su sintomatología venosa (0-10, siendo 10 la mejor calidad de vida). 3) Cuestionario de calidad de vida: se aplicó la encuesta CIVIQ, específica para insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores. Esta encuesta fue desarrollada y validada por el Prof. Launois (Quality of Life Research 1996 (5): 539-554). Se adaptó para aplicarla a síndrome postrombótico de miembro superior; es un cuestionario de 20 apartados, agrupados en cuatro dimensiones: dolor, física, social y psicológica, obteniéndose un score global y uno por cada dimensión; a mayor score, peor calidad de vida. Análisis estadístico: las variables continuas fueron descritas mediante medias y desviación standard (DE), y las diferencias entre grupos valoradas con la prueba de Mann-Whitney. Las variables categóricas se describieron como frecuencias. Se utilizó el programa estadístico SPSS para los análisis y se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados. Se estudiaron 24 pacientes, 2 de los cuales fueron re-trombosis (8'3%), con una edad media al diagnóstico de 51,6 años (15,4- 85,8; DE 21,9) y una edad media al estudio de 54,2 (20,1-88; DE 21,93). Tiempo medio desde el episodio a la revisión: 31,5 meses (2,27 - 22,9; DE 22,9) Etiología de la TVP: marcapasos en 5 pacientes (20'3%); catéter venoso en 5 (20'3%); síndrome del estrecho torácico superior en 5 (20'3%); idiopática en 4 (16'6%); anti-conceptivos en 1 (4'1%); inmovilización del brazo en 1 (4'1%); neoplasia de pulmón en 1 (4'1%); cirugía en 1 (4'1%); fístula arteriovenosa en 1 (4'1%). Método diagnóstico: ecografía en 22 pacientes (91'7%); flebografía en 2 (8'3%). No hubo ningún diagnóstico de TEP. En relación a la prevalencia del síndrome postrombótico, 18 pacientes (75%) no lo presentaron y 6 pacientes (25%) padecieron un SPT moderado. No hubo ningún paciente con SPT severo. Respecto a la valoración de la calidad de vida con la Escala

Análogica -Visual, la media fue de 7,5 (3-10; DE 2,8), con valores significativamente más altos para los pacientes sin SPT (8,1 vs 5,8; p 0,016). La puntuación global según la Encuesta CIVIQ para cada esfera fue del 41,7% para la esfera dolor, esfera física 37,7%, esfera social 37,8%, y para la esfera psicológica 35,2%. Las diferentes puntuaciones en función de la ausencia o presencia de SPT fueron: Esfera Dolor (34,4% vs 63,3%; p 0,003), Esfera Física (33,3% vs 50,8%; p 0,021), Esfera Social (33% vs 52,2%; p 0,020), Esfera Psicológica (30,5% vs 49,3%; p 0,016).

Conclusiones. 1) La prevalencia de SPT en nuestro estudio es del 25%, similar a otros estudios aunque hay poblaciones en las que llega hasta un 50%. 2) La repercusión sobre la calidad de vida se relaciona con el grado de severidad del SPT, siendo las diferencias estadísticamente significativas. 3) La afectación de la calidad de vida tras un episodio de TVP-MS puede ser fácilmente objetivada en la práctica clínica mediante una Escala Análogica Visual, así como mediante otros instrumentos más específicos para insuficiencia venosa.

T-034

ENFERMEDAD DE WHIPPLE CON TROMBOSIS AXILAR BILATERAL: A PROPOSITO DE UN CASO

A. Muñoz Cano¹, G. Bastida Paz², P. Nos Mateu², I. Moreno Muñoz¹, N. Cantero Sánchez¹, E. Saro Pérez¹, L. Micó Giner¹ y J. Calabuig Alborch¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Digestiva. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. Describir el caso clínico de un paciente con enfermedad de Whipple de presentación atípica.

Resultados. Presentamos el caso de un varón de 47 años con clínica de dos años de evolución de artralgias migratorias acompañadas de fiebre elevada, importante pérdida de peso y episodios ocasionales de diarrea. En la exploración física se apreció únicamente una delgadez importante así como circulación colateral superficial en parte superior del tronco y ambos miembros superiores. En la analítica al ingreso destacaba una anemia moderada microcítica e hipocromía, una VSG elevada (112 mm/h), una hipoproteinemia y una PCR de 180. El estudio del metabolismo férrico mostró un patrón de ferropenia. Los niveles de complemento fueron normales y el estudio de autoinmunidad (ANA, ANCA) resultó negativo. Los estudios de bacteriología (VIH, VHC, VHB, copro y hemocultivos seriados, intradermoreacción con PPD) resultaron negativos. Se realizó TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico donde se objetivaron múltiples adenopatías en cadenas cervicales yugulo-digástricas, axilares bilaterales, en tronco celiaco, hilio esplénico y raíz de mesenterio. Se realizó biopsia de una adenopatía inguinal, cuyo examen anatómopatológico fue informado como adenitis reactiva con ausencia de lesiones malignas. Asimismo se remitieron muestras de dicha adenopatía para ziehl-neelsen y cultivo de lowenstein resultando negativas. La ecografía-doppler de miembros superiores mostró material ecogénico que ocupa ambas venas axilares, sin colapso a la presión. Ante la pérdida de peso progresiva incluso durante el ingreso se solicitó tránsito baritado que mostró un patrón malabsortivo. La gastroscopia y colonoscopia fueron normales. Se tomaron muestras de intestino delgado ante la sospecha de una enfermedad de Whipple. La anatomía patológica de dichas muestras informó de mucosa de intestino delgado con abundantes histiocitos PAS + encuadrables morfológicamente en Enfermedad de Whipple (Lipodistrofia intestinal).

Discusión. La enfermedad de Whipple o lipodistrofia intestinal es un raro trastorno causado por una infección por el microorganismo *Tropheryma whipplei*. El revestimiento mucoso del intestino delgado se encuentra siempre gravemente afectado, pero la infección también puede afectar a otros órganos como el corazón, los pulmones, el cerebro, el sistema linfático, las articulaciones y los ojos. La presencia de trombosis venosa en el contexto de la enfermedad de Whipple es muy poco habitual. En una revisión en Medline 1966-2005, no hemos encontrado ningún caso publicado de trombosis venosa profunda al debut de la enfermedad. Únicamente hemos encontrado un caso de trombosis arterial como complicación de la enfermedad (Bittner K et al; Med Klin (Munich). 1987 May 15;82(11): 421-4).

Conclusiones. Si bien la enfermedad de Whipple es poco común, debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de cuadros

constitucionales acompañados de fiebre, linfadenopatías y artralgias. La trombosis venosa aunque de forma infrecuente puede presentarse en el contexto de la enfermedad.

T-035

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS SUPERIORES: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CASOS CONTROL

A. Argibay Filgueira, J. de la Fuente Aguado, B. Maure Noia, J. Sousa Otero, P. Lamas Domínguez, B. Gimena Reyes, B. Sopena Pérez Argüelles y A. Rivera Gallego
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Analizar si existen diferencias en cuanto a edad, etiología, factores de riesgo, sintomatología, localización, patología asociada, tratamiento y evolución; entre pacientes con trombosis venosa profunda de miembros superiores (TVPMS) y pacientes con trombosis venosa profunda de miembros inferiores (TVPMI).

Material y métodos. Se realizó una búsqueda sistemática de todos los episodios de TVPMS confirmada, ingresados en el Hospital Xeral (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo), desde Enero de 1995 hasta Enero del año 2005. Se excluyeron aquellos pacientes con TVPMS en relación con catéter venoso. Se seleccionaron dos controles por cada caso: pacientes con TVPMI confirmada del mismo sexo e ingresados en el hospital en la misma fecha que el caso.

Resultados. Se identificaron 65 pacientes con TVPMS de los que se excluyeron 30 pacientes con trombosis secundaria a acceso venoso, permaneciendo 35 pacientes con TVPMS (17 hombres y 18 mujeres). Los controles eran 70 pacientes con TVPMI apareados por sexo y fecha de ingreso. La edad media fue de 55,31 ± 19,34 años en TVPMS y de 61,81 ± 19,72 en TVPMI. Los síntomas y signos de presentación más frecuentes fueron el dolor y la tumefacción en los miembros. La localización más frecuente de las trombosis fue en ambos grupos una combinación de varias venas afectadas (54.3% en TVPMS vs 75.7% en TVPMI), siendo la subclavia (8/35 - 22.9%) y la poplitea (12/70-17.1%) las más afectadas en solitario. En ambos grupos el método diagnóstico más utilizado fue la ecografía venosa (37.1% en TVPMS vs 61.4% en TVPMI), seguido del TC (22.9% vs 15.7%). En el grupo control de TVPMI 27 pacientes de 38 investigados (71%) tenían TEP asociado, mientras que en el grupo de TVPMS sólo 4 de 14 (28.6%) lo presentaban. El 41.7% de los casos y el 46.1% de los controles tenían algún tipo de alteración en el estudio de trombofilia. La patología más frecuente asociada a las TVP en ambos grupos fue la neoplásica, un 51.4% de los pacientes con TVPMS (18/35) y un 27.1% de los pacientes con TVPMI (19/70) había tenido o tenía en el momento del diagnóstico de trombosis un cáncer. El 77.2% de nuestros pacientes con TVPMS recibieron HBPM seguidas o no de dicumarínicos, siendo éste tratamiento también el más usado en TVPMI (85.8%). Se realizó tratamiento fibrinolítico en 4 de 35 pacientes (11.4%) con TVPMS y en sólo 1 de 69 (1.4%) con TVPMI. Sólo en un 17.1% de las trombosis (tanto superiores como inferiores) la evolución es hacia una resolución total.

Discusión. La TVPMS representa entre el 1 y el 4% de todas las trombosis venosas profundas. Nuestra serie confirma que la mayoría de las TVPMS son secundarias (66.2%, siendo el 47% producidas por un catéter intravascular). Aún eliminando las TVPMS por catéter el 37.1% de las trombosis restantes eran secundarias, sobre todo por compresión tumoral o infecciosa. Lo contrario ocurre en las TVPMI, el 94.3% eran primarias o idiopáticas (p < 0,000). La presentación clínica es similar en las trombosis superiores e inferiores, pero observamos que el dolor de la extremidad es más frecuente en las inferiores (p < 0,033). La incidencia de TEP es menor en las TVPMS en comparación con los pacientes con TVPMI (p < 0,009). El tratamiento fue similar en ambos grupos, excepto el uso de fibrinolítico que fue superior en los pacientes con TVPMS (p < 0,041).

Conclusiones. La TVPMS es una entidad poco prevalente pero lo suficientemente importante, debido a la incapacidad potencial a la que puede llevar y las consecuencias sistémicas que desencadena cuando no se diagnostica a tiempo.

T-036**COMPARACIÓN DE LOS MODELOS DE PROBABILIDAD CLÍNICA DE EMBOLISMO PULMONAR EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL VEGA BAJA DE ORIHUELA**

V. Rosa Salazar, C. Vera Rojas, C. Royo-Villanova Reparaz, F. Amorós Martínez, I. Pacheco Tenza, F. López García, J. Cepeda Rodrigo y J. Custardoy Olivarreta
 Medicina Interna. Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Objetivos. Valorar la fiabilidad y rendimiento de los distintos modelos de probabilidad clínica de embolismo pulmonar en los pacientes de nuestra área.

Material y métodos. Se trata de un análisis retrospectivo de los pacientes de nuestro Hospital diagnosticados de Embolismo Pulmonar (EP) y remitidos a la consulta de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE) entre abril de 2004 y agosto de 2005. Se realizó una revisión de la historia clínica, aplicando, con los datos obtenidos, los tres modelos de probabilidad clínica. Una vez obtenido la probabilidad clínica con dichos modelos, se comparan los resultados.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 20 pacientes, diagnosticados de EP mediante TAC torácico helicoidal durante el período comprendido desde abril 2004 y agosto 2005, y remitidos a nuestra consulta de Enfermedad Tromboembólica Venosa, de los cuales 4 se excluyeron posteriormente por falta de datos para aplicar alguno de los modelos. De los pacientes restantes (16), 15 (93.75%) presentaban Dímero D elevado y 1 (6.25%) en rango dentro de la normalidad. De los 16 pacientes, la probabilidad clínica de los tres modelos coincidió en 2 (12.5%), 12 (75%) sólo en 2 y 2 (12.5%) eran totalmente diferentes. En el modelo de Well: 5 pacientes (31.25%) fueron de alta probabilidad, 8 (50%) de probabilidad intermedia, y 3 (18.75%) de baja probabilidad. En el modelo Genova: 1 (6.25%) paciente fue de alta probabilidad, 10 (62.5%) fueron de probabilidad intermedia y 5 (31.25%) de baja probabilidad. En el modelo Pisa: 1 paciente (6.25%) de alta probabilidad, 12 (75%) de probabilidad intermedia y 3 (18.75%) de baja probabilidad. De los 16 pacientes, 5 (31.25%) tenían antecedentes de ingreso o cirugía previa en los últimos 2 meses.

Discusión. : la embolia de pulmón es un problema diagnóstico exigente, donde la evaluación clínica es un paso fundamental en dicha aproximación. Aunque el rendimiento diagnóstico de los síntomas, signos y datos de laboratorio de manera individual, son limitados, la combinación de esas variables puede ser usada para expresar la probabilidad clínica de embolismo pulmonar. A lo largo de los años han ido apareciendo distintos modelos de probabilidad clínica, siendo los más destacados el de Wells, Genova y Pisa. Presentamos un estudio retrospectivo comparando los tres modelos mencionados.

Conclusiones. Aún faltan estudios con muestras más amplias, pero simplemente observando los datos obtenidos, podemos intuir, que a diferencia de los estudios anteriores, el modelo de Pisa, no parece el más fiable, a pesar de que otorga más valor a signos y síntomas importantes en el espectro clínico del embolismo pulmonar. En este aspecto cabe destacar el que consideren, la existencia de la disnea súbita, del dolor torácico, el patrón de sobrecarga derecha en el ECG y las distintas alteraciones en la radiología torácica, no recogidas en los otros modelos, pero a diferencia de ellos, el modelo Pisa, no tiene en cuenta, la gasometría, el antecedente de TVP o EP entre sus categorías, ni la existencia de cáncer o cirugía reciente, datos muy importantes y factor de riesgo de alta probabilidad de enfermedad tromboembólica, y que debería ser considerado, como lo hacen los modelos de Wells y Genova.

T-038**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA**

S. Lainez Justo, M. Torralba, I. Domínguez, M. de Vicente, B. Martínez, A. Pereira, Y. Meige y M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. Evaluar las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro centro hospitalario.

Material y métodos. Estudio observacional y descriptivo con recogida retrospectiva de datos a partir de los informes de alta de los pacientes diagnosticados de ETE en nuestro servicio de Medicina Interna durante los años 2003, 2004 y primera mitad del 2005. Análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados. Se incluyeron un total de 88 pacientes diagnosticados de ETE, que se distribuían en 57 casos de trombosis venosa profunda (TVP), 16 casos de tromboembolismo pulmonar (TEP) y 15 casos en los que se identificaron ambos procesos. Sólo se documentaron 4 casos de trombosis venosa afectando a los miembros superiores, uno en relación a traumatismo de repetición y el resto a inserción de catéteres intravenosos. La distribución por sexos fue similar, 43 casos en varones y 45 en mujeres, con una mediana de edad de 74 años. Los factores de riesgo implicados en el desarrollo de ETE fueron, en orden de frecuencia, la ETE previa (21.6%), la insuficiencia venosa crónica (19.3%), las neoplasias (14.8%) y la inmovilización prolongada (10.2%). El 75% de nuestros pacientes presentaba patología médica previa, siendo la HTA la más frecuente (50%). EL d- dímero se realizó en el 52.2% de los casos dando un resultado positivo en el 78.2% de estos. El diagnóstico de TVP se realizó mediante Ecografía Doppler en el 84.7% de los casos frente a la flebografía, que sólo se realizó en el 6.9%. En el 93.55% de los casos se realizó TAC Helicoidal para confirmar la sospecha de TEP, siendo éste concluyente en el 86% de los casos. La gammagrafía de ventilación-perfusión se realizó en 5 pacientes, confirmando el diagnóstico en 3 de ellos, de los cuales, 2 no tenían datos de TEP en el TAC helicoidal. El tratamiento inicial se realizó con heparina de bajo peso molecular en el 85.21% de los casos de ETE, en el resto se utilizó Heparina sódica intravenosa (8 casos de TEP y 5 de TVP). La estancia media en nuestro servicio fue de 12.08 días. La mortalidad global fue del 3.4%, los 3 pacientes que fallecieron presentaban TEP.

Conclusiones. La TAC Helicoidal se ha posicionado como la prueba diagnóstica de elección ante la sospecha de TEP en nuestro centro; así mismo el tratamiento con HBPM también ha sido el arma terapéutica mayormente utilizada incluso en casos de TEP con criterios clínicos de gravedad. La elevada estancia media de los pacientes con ETE en nuestro servicio, puede deberse al hecho de que la mayor parte de los enfermos de nuestra serie presentan múltiple patología médica, asociado a un elevado rango de edad, con la comorbilidad que esto representa.

T-039**TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA: LA ESPADA DE DAMOCLES**

J. Cabo Bolado, S. Arponen, I. López Isidro, J. Herrero López y C. Jiménez Navarro

Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Presentamos el caso de una paciente de 99 años seguida por Interconsultas en el Servicio de Traumatología de nuestro hospital, con una fractura subperrotrocantérea de fémur izquierdo, que presenta como efecto adverso de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa con heparina de bajo peso molecular una trombocitopenia inducida por heparina (TIH) tipo II, con anticuerpos antiheparina positivos. Una complicación típica de esta entidad es la trombosis arterial o venosa; esta paciente fue diagnosticada de trombosis arterial poplítea derecha, falleciendo como consecuencia de la misma. El objetivo del caso es revisar la TIH, ya que es una reacción adversa potencialmente catastrófica a un fármaco de tan amplio uso como es la heparina en sus diversas formas, y su diagnóstico y tratamiento deben tenerse en cuenta en los pacientes que reciben estos fármacos.

Material y métodos. Se sigue a la paciente por interconsultas y se realiza la revisión de su historia clínica, así como una revisión de la evidencia disponible en la actualidad sobre la trombocitopenia inducida por la heparina.

Resultados. Caso clínico: se trata de una mujer de 99 años sin antecedentes de interés y con una estupenda vida basal que es ingresada en el Servicio de Traumatología por una fractura subperrotrocantérea de fémur izquierdo. Se solicita seguimiento de la paciente a nuestro Servicio de Medicina Interna por un síndrome febril de origen respiratorio y un fracaso renal obstructivo, ambos con buena evolución inicial. En el transcurso del seguimiento, al 8º día del

greso y del inicio de la profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa y sin que la paciente hubiera sido aún intervenida de su fractura, se detecta en la analítica de control una cifra de plaquetas de 40,000, confirmada posteriormente como aún más baja, de 29,000. Ante la sospecha de TIH, se solicitan anticuerpos antiheparina que resultan ser positivos. Inicialmente la paciente permanece 24 horas solamente con profilaxis mecánica, y a las 24 horas del diagnóstico de la entidad se detecta una trombosis arterial poplítea de miembro inferior derecho. La paciente es desestimada para cirugía y acaba falleciendo por necrosis y gangrena de miembro inferior derecho, con buen control sintomático y limitación del esfuerzo terapéutico.

Discusión. La TIH es una entidad clínica importante por la extensión del uso de las heparinas, su carácter devastador, la imposibilidad de predecirla y la incertidumbre existente en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. A pesar de que se produce una trombocitopenia, esta reacción adversa se caracteriza por su fuerte tendencia trombótica tanto arterial como venosa por la estimulación de la agregación plaquetaria y la liberación de factores procoagulantes, siendo ambos procesos mediados por anticuerpos anti-FP4. Debe sospecharse en los casos de pacientes tratados con heparina con una disminución del recuento plaquetario del 50% en los 5-10 días siguientes al inicio del tratamiento. Debe interrumpirse el tratamiento con heparina en caso de sospecha clínica; en la actualidad solamente se recomienda la confirmación diagnóstica por la seroconversión de anticuerpos en los casos en los que hay evidencia clínica de TIH (trombosis, lesiones cutáneas). Se dispone de 4 anticoagulantes que no presentan reacción cruzada con los anticuerpos de la TIH, de los cuales en España solamente la lepirudina está autorizado para el tratamiento de la TIH (en los EEUU además se dispone del argatrobán con autorización de la FDA).

Conclusiones. Esta entidad clínica debe ser tenida en mente como una reacción adversa a la heparina por su potencial efecto trombótico. Con frecuencia es infradiagnosticada y su tratamiento aún presenta muchas incógnitas.

T-040 LOS PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ¿DEBEN SER EVALUADOS POR MEDICINA INTERNA?

R. Rabuñal Rey, C. Arias Núñez, F. Paz Fuentes, R. Monte Secades, E. Casariego Vales y J. Guerrero Lombardia
Medicina Interna. Xeral-Calde. Lugo.

Objetivos. Los pacientes con enfermedad tromboembólica se seleccionan habitualmente a su ingreso según sus manifestaciones clínicas: si presentan únicamente trombosis venosa profunda (TVP) son atendidos por Cirugía Vasculosa (CV) y si presentan embolia pulmonar por Medicina Interna (MI). Evaluamos la necesidad de una valoración por un internista de los pacientes con TVP ingresados en CV.

Material y métodos. Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados en CV por TVP desde enero de 2003 a diciembre de 2004 en un hospital provincial de 720 camas. Se realizó, al menos, una visita por un especialista en MI que estableció la necesidad de nuevos estudios, seguimiento y/o traslado a MI.

Resultados. Se evaluaron 160 pacientes, 74 mujeres (46,3%) y 86 varones (53,8%), con edad media de $67,6 \pm 15,7$ años (rango 21 - 102). El 79,4% presentaban patología médica crónica ya conocida, entre las que destacan EPOC (30,6%), HTA (30%), cardiopatía -insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica- (15,6%), diabetes mellitus (12,5%) y cáncer (10,6%). El 3,1% presentaba procesos médicos agudos concomitantes; 35 pacientes (21,8%) tenían 3 o más patologías médicas subyacentes. En 49 pacientes (30,6%) se realizaron diagnósticos de enfermedades no conocidas (cáncer en 7, TEP en 6, EPOC en 4, entre otros). Fue necesario modificar el tratamiento pautado (general y/o anticoagulación) a 68 pacientes (42,5%). Se realizó seguimiento durante su ingreso a 70 pacientes (43,8%) y en 25 casos (15,6%) fue necesario el traslado a MI. Asimismo 57 pacientes (35,6%) precisaron seguimiento posterior en consulta de MI.

Conclusiones. Los pacientes con TVP presentan frecuentemente problemas médicos asociados que hacen recomendable una valoración conjunta por CV y MI. Es necesario definir que subgrupos de pacientes con TVP se beneficiarían más de una valoración específica por MI.

T-041 ¿APLICAMOS LAS INDICACIONES DE ESTUDIO DE TROMBOFILIAS A NUESTROS PACIENTES CON ETEV?

B. Rodríguez Rodríguez¹, V. Vilchez Aparicio¹, M. Mir Montero¹ y N. Ruiz Giménez²

¹Residente de Medicina Interna, ²Adjunto de Medicina Interna.
H.U. La Princesa. Madrid.

Objetivos. Se están obteniendo datos que sugieren que un porcentaje no despreciable de pacientes que presenta un evento tromboembólico venoso, tienen como trasfondo una alteración de la coagulación, siendo ésta infradiagnosticada al no realizarse estudio de hipercoagulabilidad (EHC) en pacientes que tendrían indicación para ello. Por ello, el objetivo de este trabajo es evaluar si se realiza de forma correcta el despistaje diagnóstico de trombofilias en pacientes con ETEV del hospital de La Princesa.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes ingresados en HUP con ETEV confirmada durante el periodo 2001-2004. Se divide a los pacientes en dos grupos en función de la realización (sí/no) de estudio de hipercoagulabilidad y se analiza los motivos de la solicitud de la prueba en ambos grupos. Como determinaciones analíticas de estudio de hipercoagulabilidad se estudian: proteína C, proteína S, Factor V Leiden, protrombina 02021IVA, homocisteína, sind. Antifosfolípido. Se definió como criterios de selección de pacientes a los que realizar estudio de hipercoagulabilidad: ETEV en pacientes menores de 35 años, ETEV recurrente, ETEV idiopática, ETEV en territorios venosos no habituales.

Resultados. Del total de 356 historias analizadas se había realizado estudio de hipercoagulabilidad (EHC) a 54 pacientes (15,16%). Dentro de esta rama, 16 pacientes tenían indicación de estudio por edad menor a 35 años (29,62%), 10 tenían indicación por presentar ETEV recurrente (18,51%) y 29 por presentar ETEV sin factores de riesgo asociados (53,70%). En 3 de estos pacientes habría estado justificado no realizar EHC por presentar cáncer como evento en su historia clínica, por lo que podemos hablar de un 5,55% de pacientes erróneamente estudiados. La trombofilia más frecuente en nuestros pacientes es la mutación del factor V de Leiden y el síndrome antifosfolípido. De los 302 pacientes (84,83%) no estudiados para trombofilias se obtiene que tenían indicación de estudio 7 pacientes por ser menores de 35 años (2,31%, 1,96% del total), 32 pacientes por ETEV idiopática (no factores de riesgo conocidos y edad comprendida entre 35-75 años) que representan 10,59% en esta rama y un 8,98% del total de historias analizadas y 10 pacientes con ETEV recurrente (mayores de 35 años sin cáncer) 3,31%, 2,80% del total. Todo esto hace un total de 49 pacientes a los que debería haberse realizado EHC (16,22%, 13,76% del total) porcentaje nada despreciable, teniendo en cuenta que descartamos como criterio para realización de EHC a la población mayor de 75 años, que en nuestra muestra representa el 48,31%.

T-042 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

E. Oncala Sibajas, L. García Gómez, I. Blasco Esquivias, J. Álvarez Benitez y R. Pérez Cano

Medicina Interna. Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Tradicionalmente los pacientes con Trombosis Venosa Profunda (TVP) han requerido ingreso hospitalario para realizar tratamiento con heparina intravenosa. Recientemente numerosos estudios han demostrado que las heparinas de bajo peso molecular son al menos tan seguras y eficaces como la heparina no fraccionada, permitiendo así el tratamiento ambulatorio. El objetivo de éste estudio es describir nuestra cohorte de pacientes con enfermedad tromboembólica (ETE) así como detectar beneficios o inconvenientes del actual manejo de ésta patología en nuestras consultas.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados mediante Eco-Doppler de TVP (con o sin tromboembolismo pulmonar asociado) seleccionados desde el área de urgencias de nuestro hospital y con un seguimiento mínimo en consultas de 3 meses recogidos durante un periodo de 3 años.

Resultados. Se seleccionaron un total de 86 casos con diagnóstico de TVP y/o TVP/TEP entre los pacientes seguidos en consultas de Medicina Interna, con un tiempo mínimo de seguimiento de tres meses desde el episodio agudo. La mediana de edad de la muestra fue de 62 años (RI 45.5-71.25). La distribución por sexos tuvo un claro predominio masculino (65.1% de hombres- 34.9% de mujeres). Un 76.7% presentaban algún factor de riesgo predisponente para enfermedad tromboembólica (ETE). Dentro de éstos factores de riesgo, la obesidad (31.4%), la inmovilización previa (27.9%), la presencia de varices (24.4%) y el tener antecedente de ETEV (16.3%) fueron los más importantes por frecuencia de aparición. Diez pacientes en el momento del diagnóstico de TVP presentaban asociado embolismo pulmonar (11.9%). Requiritieron un ingreso hospitalario de más de 48 horas un 44.2% de los pacientes incluyéndose en éstos todos los que presentaban TEP acompañante en el momento del diagnóstico (36.8% de los que solo presentaban TVP como diagnóstico inicial). La localización de la TVP fue predominantemente proximal (67.4%). Hubo un solo caso de TVP de miembros superiores. En el seguimiento mínimo de 3 meses se produjeron eventos en 9 casos (10,5%), Cuatro casos sufrieron progresión de la trombosis en la ECO de control, 1 presentó trombopenia secundaria a hepatopatía VHC y 4 fueron éxitus en el seguimiento (uno por la reproducción del TEP que motivó su ingreso y el resto por sus patologías concomitantes). Asimismo, se detectaron en el seguimiento 2 pacientes con neoplasia oculta en el momento del diagnóstico de la TVP (en ambos casos neoplasias prostáticas). Se ha podido realizar estudio de trombofilia en nueve casos siendo normal en tres de ellos y patológico en el resto con presencia de un caso de déficit de AIII, dos casos de anticuerpos anticoagulantes circulantes, dos casos de hiperhomocisteinemia y tres con disfibrinogenemias. Estos hallazgos suponen la detección, en el seguimiento, en nueve pacientes, de un factor de riesgo no conocido en el momento del diagnóstico para ETEV.

Conclusiones. La TVP es una enfermedad que puede tratarse de forma segura y eficaz en el domicilio del paciente, logrando un menor consumo de recursos, sin que esto conlleve un incremento de riesgo ni del número de complicaciones para los pacientes. Adquiere una especial importancia, el seguimiento en consultas de los enfermos con ETEV, para la detección, durante la evolución, de factores de riesgo desconocidos en el momento inicial lo cual permitirá realizar un tratamiento etiológico de mayor eficacia disminuyendo el riesgo de recidivas.

T-043 TROMBOSIS DE LAS VENAS AXILAR Y SUBCLAVIA EN UN VARÓN DE 25 AÑOS

A. Hernández Torres, S. Ruiz García, H. Albendín Iglesias, C. Aguirre González, E. Rashid Jiménez, M. Giménez Belló, M. Parreño Caparrós y M. Bermejo Martínez

Medicina Interna. Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia.

Objetivos. Descripción del caso clínico de un varón de 25 años que consulta por tumefacción y dolor en el miembro superior derecho.

Material y métodos. Paciente de 25 años, sin alergias a fármacos conocidas. Fumador de 10 cigarrillos al día desde los 18 años y sin otros hábitos tóxicos. Sin antecedentes familiares de hipercoagulabilidad sanguínea. Es deportista, practica levantamiento de pesas tres días por semana. Un mes antes de su ingreso presenta tumefacción progresiva del miembro superior derecho hasta el hombro, con aparición de circulación colateral y dolorimiento que se acentúa en la última semana. A la exploración está afebril, con TA 120/60, FC 80 lpm y FR 20 rpm. ACP y exploración abdominal normal. Miembro superior derecho tumefacto, con aumento de la temperatura y circulación colateral patente, con pulsos arteriales palpables. Exploraciones complementarias: hemograma y bioquímica sin alteraciones, con elevación de reactantes de fase aguda (VSG 87, PCR 5.2). Gasometría arterial: pH 7.43, pO₂ 87, pCO₂ 40, HCO₃ 26, satO₂ 97%. Dímero D 237. Estudio de coagulación normal (incluyendo mutación del factor V de Leyden, anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina, proteína C, proteína S y deficiencia de antitrombina III). ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, eje a +60°, T negativas en III. Rx tórax normal. Ecografía de miembro superior derecho: desgarró fibrilar en pectoral mayor de 30x25 mm, venas axilar y subclavia aumentadas de calibre, con material ecogénico en su interior y ausencia de flujo

venoso compatible con trombosis venosa. Gammagrafía pulmonar de perfusión: patrón de alta probabilidad de TEP.

Resultados. A su ingreso se inicia tratamiento anticoagulante con heparina sódica, que se sustituye posteriormente por acenocumarol, con revisiones de forma ambulatoria y buena evolución del paciente, con desaparición completa de la clínica y suspensión del tratamiento anticoagulante tras seis meses de su inicio.

Discusión. La trombosis venosa profunda primaria de las venas axilar y subclavia recibió el nombre, en 1949, de síndrome de Paget-von Schrötter. Se trata de es un síndrome raro, que supone del 1 al 4% de todos los casos de trombosis venosa profunda. La trombosis inducida por el esfuerzo afecta a la mano dominante en el 80% de los casos, y es causada por la presión ejercida sobre las venas axilar y subclavia durante la retroversión e hiperabducción del brazo, que produce microtraumatismos en la íntima del vaso, con la consiguiente activación de la coagulación local y la trombogénesis. Este síndrome se ha relacionado con una larga lista de actividades deportivas. El diagnóstico definitivo se confirma mediante eco-doppler color, aunque se estudian otros métodos de diagnóstico. Las opciones de tratamiento en la fase aguda incluyen tratamiento conservador, anticoagulación convencional, terapia trombolítica y angioplastia transluminal percutánea. Hasta en un 10% de los casos los pacientes presentan severos síntomas residuales, siendo poco frecuente la presencia de TEP.

Conclusiones. Un diagnóstico temprano es lo más importante para disminuir la morbilidad en el Síndrome de Paget-von Schrötter. Debemos pensar en él ante pacientes con dolor y tumefacción en la extremidad superior que practican diferentes disciplinas deportivas. El uso de fibrinolíticos y anticoagulantes orales es el tratamiento de elección. El síndrome crónico postflebitico se considera la secuela más frecuente, siendo poco habitual la presencia de tromboembolia pulmonar.

T-046 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CÁNCER OCULTO EN PACIENTES CON ETEV IDIOPÁTICA

B. Valero, Y. Calero, C. Escóin, A. Botella, R. Sánchez, T. Baeza, M. García y R. Martínez

Medicina Interna. Hospital General Universitario. Alicante.

Objetivos. Análisis descriptivo de los casos de cáncer oculto tras episodios de ETEV idiopática.

Material y métodos. Estudio analítico observacional retrospectivo, realizado en el Hospital General Universitario de Alicante, a partir de una base de datos de pacientes con enfermedad tromboembólica diagnosticados entre Septiembre de 1998 y Enero de 2005. Se consideraron ETEV idiopáticas aquellas en las que se excluyeron los siguientes factores de riesgo: cirugía mayor reciente, traumatismo local, inmovilización prolongada, cáncer conocido en progresión, embarazo, puerperio y uso de fármacos hormonales.

Resultados. De un total de 391 pacientes con enfermedad tromboembólica, 195 (49,9%) eran idiopáticos. El screening para descartar neoplasia oculta, entendiéndose éste como la realización de marcadores tumorales junto con Ecografía y/o TAC, se realizó en 143 pacientes (73%). Se llegó al diagnóstico de cáncer en 20 pacientes (14%). Las neoplasias más frecuentes fueron: 5 pacientes (25%) linfomas, 2 pacientes (10%) adenocarcinoma de colon, y otros 2 (10%) adenocarcinoma de próstata. La edad media de los pacientes diagnosticados de cáncer fue de 62,67 años (rango 17-89) y el 60% (12 pacientes) eran hombres.

Conclusiones. De entre todos los pacientes con ETEV, es más probable diagnosticar una neoplasia en aquellos en los que la trombosis es idiopática. De ahí la importancia de la realizar una búsqueda de cáncer oculto.

T-047 PILELEBITIS IDIOPÁTICA EN PACIENTE CON MUTACIÓN DEL FACTOR V LEIDEN

R. López Rodríguez, J. Campos Franco, M. Rodríguez Framil, C. Martínez Rey, M. Alende Sixto y J. Torre Carballeda

Medicina Interna. Hospital Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Presentar caso clínico de pieflebitis idiopática con trombosis de vena mesentérica superior.

Material y métodos. Mujer de 28 años de edad con antecedentes de parto natural hace diez meses, fumadora de 20 cigarrillos/día y a tratamiento con anticonceptivos orales que consulta por un cuadro de tres semanas de evolución de dolor abdominal, náuseas, vómitos, escalofríos y fiebre. En la exploración física presentaba: Tª 38,7 °C, PA125/80 mmHg, P109 lpm, un abdomen doloroso a la palpación en epigastrio y región periumbilical izquierda, sin signos de irritación peritoneal, siendo el resto de la exploración normal. En la analítica destacaban 15050 leucocitos (85% neutrófilos), bilirrubina 0,9 mg/dl, GOT 16 U/L, GPT 21 U/L, GGT 290 U/L, fosfatasa alcalina 210 U/L, protrombina 66% y VSG de 91 mm en la 1ª hora. Los hemocultivos fueron negativos. El TAC abdominal demostró trombosidad de la vena mesentérica superior hasta su confluencia con la vena esplénica, trombosidad de la vena porta principal y de su rama izquierda. El estudio de la coagulación objetivó la presencia de mutación heterocigota del factor V Leiden (1691G/1691A), resistencia a la proteína C activada y anticoagulante lúpico positivo en el límite. Se realizó tratamiento con heparina sódica y piperacilina-tazobactam presentando al alta recanalización de la rama izquierda de la vena porta y de la vena mesentérica superior.

Discusión. La tromboflebitis séptica de la vena porta es una complicación poco frecuente de las infecciones intraabdominales. La causa más frecuente es la diverticulitis, seguida de la apendicitis y la enfermedad inflamatoria intestinal. La vena mesentérica superior se afecta sólo en el 34% de los casos y puede ocasionar isquemia intestinal, infarto o muerte. La forma idiopática es rara, representa un tercio de los casos, y se presenta como un cuadro de dolor abdominal inespecífico.

Conclusiones. La pyleflebitis debe sospecharse ante un cuadro de dolor abdominal y fiebre con leucocitosis, alteración de la coagulación y las enzimas hepáticas. El diagnóstico precisa la demostración de trombosidad de la vena porta en un paciente febril. El tratamiento antibiótico debe ser efectivo frente a bacilos gramnegativos y anaerobios, especialmente *B. fragilis*, y administrarse durante 4 a 6 semanas. Aunque aún no existe consenso sobre el tratamiento anticoagulante, la mayoría de los autores lo recomiendan si existe estado de hipercoagulabilidad, afectación de la vena mesentérica superior, extensión de la trombosidad o fiebre persistente que no responde al tratamiento antibiótico.

T-048

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL: DOS AÑOS DE EXPERIENCIA

R. Tirado Miranda, R. Vargas, E. Merino del Amo,

J. R. Siles Rubio, S. Jansen Chaparro, F. Ibáñez Bermúdez
J. Criado Montilla y Grupo RIETE

Hospital. Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.

Objetivos. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una patología frecuente, alcanzando en algunas series una prevalencia similar a la enfermedad cerebrovascular aguda. Puede manifestarse como afectación de cualquier área del territorio venoso, siendo más frecuente su localización en el sistema venoso de miembros inferiores con o sin asociación a un embolismo pulmonar como complicación de la misma. No obstante, una proporción no desdeñable de pacientes puede presentar una embolia pulmonar sin existir afectación a otros niveles del árbol venoso. La evolución en el conocimiento de sus características epidemiológicas y sobre todo el avance en el tratamiento han favorecido el interés multidisciplinar por esta patología. **Objetivo:** realizar un estudio descriptivo de los pacientes con ETEV atendidos en nuestro servicio en los últimos dos años, bien de forma ambulatoria o ingresados en el área de hospitalización, con un seguimiento mínimo de tres meses con objeto de valorar su evolución tras la instauración del tratamiento prescrito.

Resultados. Cien pacientes fueron incluidos en el estudio, con un predominio del sexo masculino (66%) en relación con el femenino (34%) al contrario de lo que sucede en la mayoría de las series publicadas. La edad media de los pacientes analizados se situó en 70 años, siendo más frecuente la afectación en varones a una edad más tardía (70,37 años) que en mujeres (67,94 años). El rango de edad se situó entre 23 y 93 años. La mayoría de los pacientes presentaron una trombosidad venosa profunda (TVP) aislada que se complicó en un 20% con una embolia pulmonar (EP). Un 10% de los pacientes fueron diagnosticados de EP sin poder objetivar afectación del sistema venoso periférico. La no existencia de factores de

riesgo asociados fue la situación más frecuente, no obstante, la inmovilización (12%) y sobre todo los antecedentes de ETEV previa se mostraron como los factores de riesgo más prevalentes. La colocación de un filtro en la vena cava fue excepcional, relacionándose sobre todo con la existencia de un hematoma cerebral o una hemorragia digestiva como patología principal y en solo un paciente con la aparición de uretrotoragia sintomática en el transcurso del tratamiento descoagulador. La asociación con neoplasias se produjo en 8 pacientes, de los cuales solo en uno la ETEV precedió al diagnóstico del tumor, por lo que no parece indicado un despistaje de este tipo de patología en los pacientes afectados de ETEV tal como se recoge en la literatura. La existencia de afectación del territorio venoso de miembros superiores se asoció con la presencia de trombofilia, mientras que la afectación del territorio venoso abdominal apareció en pacientes con neoplasias. El tratamiento estándar con heparina de bajo peso molecular (HBPM) seguido de la administración de anticoagulantes orales (ACO) se mostró eficaz y seguro, incluso en los pacientes en situación de riesgo (alteración de la actividad de protrombina o insuficiencia renal aguda o crónica). Solo tres pacientes requirieron la retirada de los ACO.

Conclusiones. Hubo un predominio superior en el sexo masculino. Los factores de riesgo más importantes fueron la inmovilización y la existencia de ETEV previa. La afectación del sistema venoso de miembros superiores debe hacernos descartar la presencia de trombofilia, mientras que la afectación del territorio abdominal se asoció con patología neoplásica. La prevalencia de la EP como única manifestación de la enfermedad fue importante. El tratamiento estándar con HBPM y acenocumarol se mostró eficaz y seguro.

VARIOS

V-002

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL EN EL ÁREA DEPENDIENTE DEL HOSPITAL COMARCAL DE ZUMÁRRAGA

M. Escalante, J. Martí, E. Antón, I. Ruiz y J. Hernández

Medicina Interna. Hospital de Zumárraga. Zumárraga, Guipúzcoa.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas y evolutivas de la insuficiencia suprarrenal en el área de influencia del hospital comarcal de Zumárraga durante el período 1993-2004.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal retrospectivo en relación con los casos de enfermedad de Addison diagnosticados y controlados en nuestro hospital, que atiende a una población de 80.000 habitantes mayores de 14 años.

Resultados. Se han estudiado un total de 32 pacientes, 17 varones y 15 hembras. La media de edad en el momento del diagnóstico: 57,8 años (25-81 años). Prevalencia: 40/100.000. Incidencia: 2,5/100000/año. Etiología: aguda: 4 casos: 1 síndrome de Sheehan, 1 hemorragia adrenal bilateral posquirúrgica, 1 necrosis suprarrenal aguda y 1 yatrógena (secundaria a tratamiento prolongado con esteroides). Crónica: 28 casos: 16 adrenalitis autoinmune, 6 adrenalitis tuberculosa, 3 secundarias a tratamiento prolongado con esteroides, 2 congénitas por déficit de 21 hidroxilasa y 1 síndrome poliglandular endocrino. Exitus: 3 (2 por otras patologías y 1 por necrosis suprarrenal aguda diagnosticada por necropsia). Criterios diagnósticos: hallazgos de laboratorio: hiponatremia, hiperpotasemia, aumento de ACTH y disminución de cortisol (en todos los casos), Ac antiadrenales (positivos en 3 casos). Radiológicos: 6 pacientes con cambios radiológicos en la ECO y la TAC de suprarrenales: calcificaciones suprarrenales bilaterales (1 caso), y unilaterales (1 caso), atrofia suprarrenal bilateral (2 casos) y unilateral (2 casos).

Discusión. La incidencia y prevalencia encontradas fueron superiores a las habituales en las series españolas (prevalencia: 4-10/100000 e incidencia: 0,83/100000/año). No hubo predominio por sexos. La edad de comienzo de la enfermedad varió entre 25-81 años. La etiología más frecuente fue la autoinmune (50%), seguido de la tuberculosa (19%) y la secundaria a corticoterapia prolongada (12,5%).

V-003**RELACION ENTRE NIVELES DE HOMOCISTEÍNA Y DETERIORO COGNITIVO****A. Pose Reino¹, M. Rodríguez Fernández¹, A. García Castiñeira², S. Lojo Rocamonde² y J. Mayán Santos²**¹Medicina Interna. Hospital Conxo. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Grupo de Investigación Gerontológica. Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña.

Material y métodos. Estudiamos 80 individuos de edad media 66.8+ 6.40 años y rango entre 56 y 82, reclutados en diferentes centros de salud de la ciudad de Santiago. A todos ellos, previo consentimiento informado se les incluyó en un protocolo que incluía una historia clínica, social, psicológica y alimentaria, análisis de la composición corporal y test de Lobo o Pfeiffer, para deterioro cognitivo. Finalmente se les realizó una determinación analítica que incluía hemograma y bioquímica rutinaria además de TSH, B12, fólculo y homocisteína. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.

Resultados. 1 paciente fue desechado del estudio estadístico por presentar unos niveles de homocisteína mayores que la media + 2DS. La media de niveles de homocisteína, realizada a 43 pacientes fue de 12.09+2.66 con un rango de 6.5 a 17.5. La media de puntuación del test de Lobo del grupo estudiado fue 28.7+7.35, con un rango de 5 a 37. Cinco individuos tuvieron una puntuación inferior a 24 o un Pfeiffer > 3 y 38 tuvieron una puntuación igual o superior a 24 de Lobo o un Pfeiffer < 3. La media de niveles de homocisteína fue ligeramente superior en el grupo con un Lobo menor de 24 (13.9+6.25 vs 11.9+2.75), sin diferencias significativas. Aunque se observó una tendencia a la correlación negativa entre niveles de homocisteína y deterioro cognitivo valorado mediante los tests (correlación -0.238), no se alcanzó significación estadística p:0,129. Esto podría estar relacionado con que el grupo con deterioro al que se le realizó homocisteína incluía sólo a 5 pacientes, mientras que a 17 pacientes con test de Lobo < 24 o Pfeiffer > 3 no se le realizaron niveles de homocisteína.

V-004**SÍNDROME CONSTITUCIONAL CON FINAL FELIZ. A PROPÓSITO DE DOS CASOS****J. Hernández Rey, F. Lucena Marotta, A. García Manzanares Vázquez de Agredos, A. López de Guzmán, A. Culebras López, B. Prieto Ríos, J. López Rodríguez y P. García D' Ruggiero**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. La Megaloblastosis (MG) evolucionada, puede manifestarse con una gran variabilidad clínica y sindrómica. Consideramos que la comunicación de estos dos casos peculiares, atendidos simultáneamente en nuestro servicio, pueden ayudar a considerar esta infrecuente posibilidad, evitando molestas exploraciones y demoras diagnósticas.

Material y métodos. CASO 1. MC: Anemia. AP: Mujer de 49 años. Fumadora, sin otros antecedentes de interés. EA: En los últimos tres meses viene presentando astenia intensa, mareo inespecífico, vómitos alimentarios, pérdida de 12 kg. de peso y sudoración nocturna. Asimismo refiere irritabilidad fácil que ha llegado a deteriorar sus relaciones familiares. EF: Destaca ánimo deprimido, mínimas adenopatías rodaderas en el cuello, hepatomegalia a 2 cm. de reborde costal. PC: Hemograma: L: 4500, Hb: 6.6, VCM: 96, HCM: 32.9, RDW: 36.5, Pl: 118.000, Frotis sanguíneo: Anisocitosis, hipocromía, poiquilocitosis, esquistocitosis e hipersegmentación de neutrófilos. En el autoanalizador destaca LDH: 6893. Gastroscopia: Duodenitis leve. TAC Abdominal: Discreta hepatomegalia. Serologías VHB, VHC y VIH negativas. Vit B12 < 60 con niveles de ácido fólico (AF) en el límite de la normalidad. Evolución: Se comenzó tratamiento sustitutivo con Vit B12 y AF, objetivándose una rápida y franca mejoría clínica y analítica. Dos meses después, presenta un excelente estado general, ha recuperado peso y ha normalizado sus relaciones familiares. Los niveles de B12 y AF se normalizaron. CASO 2. MC: Malestar general. AP: No hábitos tóxicos. DM

tipo-I en tratamiento con insulina. Diagnosticado recientemente de depresión mayor en seguimiento por CSM. EA: Varón de 40 años que presenta dolor abdominal, malestar general y agravamiento de sus síntomas depresivos con ideas de suicidio, motivo por el que es visto en consulta hospitalaria. Refiere pérdida de peso de 8 kg. PC: Hemograma: Hb: 9,8, VCM: 103.6, Ferritina: 134, LDH: 762, B12 < 60 y AF: 10,2. Ecografía sin hallazgos. El estudio inmunológico y los marcadores tumorales fueron negativos. Gastroscopia normal. Evolución: Se inició tratamiento con B12 y AF. Revalorado un mes después, se encuentra asintomático, sin clínica depresiva. Los niveles de AF y B12 se habían normalizado.

Discusión. En nuestro medio la MG es una entidad infrecuente; evolucionada puede manifestarse con síntomas que sugieren enfermedades de complejo diagnóstico y tratamiento así como de incierto pronóstico. El reconocimiento temprano de esta entidad puede llevar a un diagnóstico precoz evitando pruebas agresivas. Insistir en que no es preciso realizar estudio de médula ósea para el diagnóstico. Se comenta, además, la satisfacción que produce el llegar a un diagnóstico tan benigno, con un tratamiento tan espectacularmente eficaz.

V-005**UTILIDAD DE LAS PLAQUETAS RETICULADAS COMO MARCADOR PERIFÉRICO DE ACTIVIDAD MEGACARIOCÍTICA****M. Monteagudo Jiménez¹, M. Amengual Guedán², L. Muñoz Martín³, J. Soler Campos³, I. Roig Martínez³, G. Enric Lucchetti¹, G. Bejarano Redondo¹ y B. Artigas Burillo¹**¹Medicina Interna, ²Laboratorio de Inmunología-UDIAT-Centro Diagnóstico, ³Unidad de Hematología. Hospital de Sabadell-Fundació Parc Taulí-Institut Universitari (UAB). Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Las plaquetas reticuladas (PR) son las plaquetas circulantes que contienen RNA residual y constituyen por tanto el equivalente plaquetario de los reticulocitos de la serie roja. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la utilidad de la determinación de las PR, medidas mediante citometría de flujo a partir de sangre total, como marcador periférico indirecto de la actividad megacariocítica en las trombocitopenias.

Material y métodos. Se determinaron de forma prospectiva las PR, a pacientes con trombocitopenia < 100,000, confirmada por extensión. Siguiendo la técnica descrita por MSC. Robinson et al (1) modificada, evitando la fijación y lavados para reducir la manipulación. Se utilizó un doble marcaje: Naranja de Tiazol (Retic-count™) como colorante del RNA y anticuerpo monoclonal anti-GPIII de la membrana plaquetar (CD61 PerCP[®]) para identificación de plaquetas. En cada sesión se pasó como control una muestra del grupo control con cifras de plaquetas dentro de los valores de referencia. El estudio de las muestras se realizó dentro de las 6 horas siguientes a la extracción. Se utilizó un citómetro FACSCALIBUR y la identificación plaquetar se realizó a partir del tamaño (log SSC) y positividad para la expresión de CD61. Se utilizó CELLQuest como software para adquisición de datos. El diagnóstico etiológico de la trombocitopenia se realizó a partir de la historia clínica. (1).MSC Robinson et al. Clin. Lab. Haem. Tow colour analysis of reticulated platelets. 2000, 22, 211-213.

Resultados. Se determinaron las PR a 100 pacientes con trombocitopenia y a 104 controles. Del grupo control 82 eran sujetos con número normal de plaquetas y 22 eran trombocitosis. Del grupo con trombocitopenia: 40 correspondían a trombocitopenias con actividad megacariocítica aumentada (28 púrpura trombocitopénica autoinmune idiopática (PTAI), 12 consumo periférico no autoinmune) y 60 trombocitopenias con actividad megacariocítica no aumentada (45 centrales, 15 cirrosis hepática). La media del% de PR en el grupo de controles normales fue 1,33% (IC del 95%:1,17-1,55) y en el grupo de controles con trombocitosis fue de 1,98% (IC del 95%:1,52-2,44). La media de% de PR en el grupo de trombocitopenias con actividad megacariocítica no aumentada fue de 7,51% (IC del 95%:5,28-9,75), en el grupo de trombocitopenias con actividad megacariocítica aumentada fue de 29,60% (IC del 95%:24,50-34,70). Al realizar la curva ROC, el área bajo la curva para el diagnóstico de trombocitopenia con actividad megacariocítica aumentada fue de 91% (IC al 95%: 85%-98%). El valor de corte de PR para el diagnóstico de trombocitopenia con actividad megacario-

cítica aumentada es 11% con una sensibilidad del 93% y una especificidad del 85%.

Discusión. Los primeros estudios que demostraron la aplicabilidad clínica de la cuantificación de PR aparecieron en 1990. La mayoría de los estudios han utilizado plasma rico en plaquetas (PRP) como sustrato, lo que supone mayor complejidad y mayor consumo de tiempo. Las mejoras técnicas comunicadas en los últimos años, por diversos autores, como son la utilización de sangre total como sustrato para minimizar las manipulaciones y el doble marcaje para la identificación de las plaquetas, han permitido que la determinación de PR se convierta en una técnica sencilla y de fácil realización. El porcentaje medio de PR en nuestro grupo control es prácticamente idéntico al hallado en otros trabajos que utilizan PRP, así mismo, los mayores porcentajes de PR, tal como otros autores han comunicado, los hemos encontrado en las PTAL.

Conclusiones. La determinación de PR por citometría de flujo, a partir de sangre total, usando un doble marcaje es una técnica sencilla y reproducible. La determinación de PR en sangre periférica permite diferenciar entre trombocitopenias periféricas regenerativas y no regenerativas. Un valor de PR en sangre periférica superior al 11% sería diagnóstico de trombocitopenia regenerativa con sensibilidad del 93% y especificidad del 85%.

V-006

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO CLÁSICA: CAMBIOS EN DOS SERIES ASÍNCRONAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M. Díaz Menéndez¹, J. Barbado Hernández¹, S. Fabra Cadenas², F. Zamora Vargas¹, M. López Dieguez¹, M. López Rodríguez¹, J. Gómez Cerezo¹ y J. Vázquez Rodríguez¹

¹Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Desde que en 1961 Petersdorf y Beeson realizaron la definición de fiebre de origen desconocido (FOD), el espectro etiológico de esta entidad ha cambiado. Estos cambios se deben tanto a diferencias en la prevalencia de las enfermedades como, sobre todo, a la mejora de las técnicas diagnósticas que ha conllevado el diagnóstico precoz de ciertas entidades nosológicas. El objetivo de este trabajo es el estudio y comparación de la incidencia y las diferencias en los métodos diagnósticos y patrón etiológico de la FOD clásica en dos épocas no consecutivas.

Material y métodos. Estudio observacional longitudinal y retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital entre 1997 y 2004 que cumplieran los criterios de FOD clásica (Se utilizó para hacer el estudio comparativo una serie publicada por nosotros (1982-1989, n = 85), en la que se seleccionaron sujetos con los mismos criterios con un período no consecutivo (serie B) que también abarcaba 8 años. El método estadístico que se utilizó fue el test de χ^2 .

Resultados. Cumplieron criterios de inclusión 30 enfermos (19 mujeres). Se realizó un diagnóstico etiológico en 27 casos (90%). La incidencia es muy superior en la serie anterior, con 85 casos frente a los 30 de la actual. Las enfermedades del colágeno son las que con mayor frecuencia causan FOD en ambas series, habiéndose registrado un descenso dramático en los tumores como causa de FOD y un relativo aumento de las infecciones como causantes de FOD clásica. Encontramos una disminución significativa del porcentaje de FOD idiopática. En la serie anterior en 2 casos (7%) se llegó al diagnóstico por métodos serológicos, en 12 casos (40%) se diagnosticó por el curso evolutivo y 16 fueron diagnosticados por biopsia (53%). En el estudio comparativo de ambas series hubo predominio de la biopsia como método diagnóstico, sin embargo la cirugía (laparotomía/toracotomía), la radiología y la necropsia desaparecen como medio de diagnóstico. El curso clínico como diagnóstico, fue menos frecuente en la serie anterior.

Discusión. La edad y el sexo en ambas series no presentaron diferencias. Nuestra población es homogénea respecto a la serie anterior por lo que deberíamos esperar unos hallazgos similares en ambas series. Sin embargo los métodos diagnósticos se han perfeccionado en las últimas décadas. La aparición de la T.C., R.N.M. y la optimización de la ecografía han supuesto una mayor precocidad y eficiencia diagnóstica, con toma de muestras dirigidas. Estos cambios han condicionado que las enfermedades se diagnostiquen antes de que la fiebre se prolongue y se cumplan los criterios de FOD clásica, por ello ha disminuido la incidencia. En este mismo contexto advertimos regresión de la FOD idiopática. El peso específico de las infecciones y las colagenopatías ha aumentado, aunque el número total de casos en ambas categorías ha disminuido. Persisten las enfermedades del colágeno como la causa más frecuente de FOD clásica.

Conclusiones. 1. La incidencia de FOD clásica ha disminuido pero todavía está vigente 2. La estratificación etiológica está sujeta a cambios temporales. Se advierte clara regresión de las neoplasias y de la FOD idiopática, y aumento de las conectivopatías y de las infecciones. 3. Existe una desaparición de la cirugía exploradora como medio diagnóstico final de la FOD clásica. Las biopsias mantienen el liderazgo como medio diagnóstico. 4. Estos cambios son atribuibles a técnicas de imagen con toma dirigida de especímenes que en el momento actual, tienen una mayor rentabilidad diagnóstica.

V-007

COLITIS COLÁGENA EN EL ÁREA DE LEÓN

I. de la Iglesia Fanjul¹, R. De Castro Losa¹ y F. Izquierdo García²

¹Medicina Interna, ²Anatomía Patológica. Hospital de León.

León.

Objetivos. Conocer las características clínicas, epidemiológicas, endoscópicas y aproximación a la incidencia y pronóstico de la Colitis Colágena (CC).

Resultados. Incidencia media anual de 1,25 casos por cada 100.000 habitantes (área sanitaria de 360.000 habitantes). (V-007).

| | Edad | Sexo | Fumador/a | AI | AINEs | IBP | Meses hasta Dx | Clínica: diarrea acuosa | Colonoscopia | Localización |
|----|------|------|-----------|----|-------|-----|----------------|-------------------------|-----------------------------|--------------|
| 1 | 66 | V | S | - | N | N | 6 | S | Divertículos | Colon dcho. |
| 2 | 74 | M | S | S | N | S | 2 | S | Divertículos y pólipos | Todo |
| 3 | 72 | V | N | N | N | N | 5 | S | Inflamación colon y pólipos | Todo |
| 4 | 60 | V | N | N | N | N | 3 | S | Normal | - |
| 5 | 81 | M | N | S | N | S | 15 | S | Normal | Colon izdo. |
| 6 | 65 | M | N | - | S | N | 5 | S | Normal | - |
| 7 | 68 | M | - | S | N | S | - | S | Normal | Todo |
| 8 | 50 | V | - | N | N | N | 180 | S | Normal | Todo |
| 9 | 44 | M | S | N | S | N | - | S | Normal | Todo |
| 10 | 75 | M | - | N | S | N | 12 | - | Divertículos | Todo |
| 11 | 79 | M | - | - | S | s | - | - | Normal | Colon dcho. |
| 12 | 70 | V | S | N | S | N | 24 | S | Divertículos | Todo |
| 13 | 83 | V | N | N | - | - | - | - | Normal | Colon dcho. |
| 14 | 77 | V | N | N | N | S | - | - | Divertículos y pólipos | Colon dcho. |
| 15 | 81 | M | N | N | S | S | - | - | Normal | Todo |
| 16 | 48 | V | - | S | - | - | - | - | Normal | Todo |
| 17 | 54 | M | S | - | S | - | - | - | Normal | Todo |
| 18 | 54 | M | - | - | - | - | - | - | Normal | Todo |

Tratamiento y evolución. (V-007).

| | 1 | 2 | 5 | 7 | 8 |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Tratamiento | Mesalazina | Mesalazina | Mesalazina | Budesonida | Budesonida |
| Evolución | No mejoría | Favorable | Favorable | Favorable | Favorable |

Material y métodos. Estudio retrospectivo a partir de las biopsias de colon con criterios histológicos de CC. Se revisaron las historias clínicas durante el período 1/1/1999 al 31/12/2003, aunque los datos epidemiológicos han sido incompletos al no disponer de historia de ingreso hospitalario en todos los casos.

Discusión. Los datos obtenidos (sexo, media de edad, enfermedades y fármacos asociados, hallazgos y localización en la endoscopia) coinciden con la bibliografía actualmente existente. Asimismo, la evolución indica que no existe progresión a otras enfermedades colónicas más severas siguiendo un curso benigno, aunque este dato no lo hemos podido contrastar con nuestra serie ante un seguimiento muy irregular.

Conclusiones. La CC es una entidad infrecuente que se debe incluir en el diagnóstico diferencial de diarrea crónica secretora, previo descarte de otras causas más frecuentes (toma de fármacos, DM, enterotoxina, alcoholismo...). Se han descrito casos con asociaciones a enfermedades autoinmunes y reumatológicas. Se discute también la posible relación con la toma de AINES e IBP previa. Se destaca para su diagnóstico la necesaria realización de biopsias múltiples de colon incluso con visión endoscópica de normalidad.

**V-008
GAMMAPATÍAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA: ESTUDIO EN 172 CASOS**

A. Rodríguez Cuartero, F. Pérez Blanco, F. Urbano Jiménez, I. Aomar Millán, D. Vinuesa García, M. García Jerez, G. Biosca Echenique y R. Ríos Fernández

Departamento de Medicina. Grupo de Investigación de Medicina Interna I. Hospital Clínico de San Cecilio. Granada.

Objetivos. Evaluar la incidencia de gammapatías monoclonales de significado incierto (GMSI) en la población hospitalaria ingresada en un Unidad de Medicina Interna entre 1995-2005.

Material y métodos. Entre 4020 enfermos ingresados en Medicina Interna a los que se les realizó electroforesis de proteínas se detectaron 172 casos con componente monoclonal; 98 mujeres y 74 hombres. La electroforesis de proteínas se realizó utilizando como soporte celogel, la tinción se realizó con azul de Coomassie y la lectura se realizó en un densitómetro de la casa atom. Las proteínas totales se determinaron por la reacción del Biuret. El componente monoclonal se tipificó por inmunofijación. La concentración de inmunoglobulinas se realizó por nefelometría. En todos los casos se realizó punción-aspiración esternal de médula ósea y radiología del esqueleto axial.

Resultados. Descubrimos 172 casos de GMSI, 98 pertenecían al sexo femenino y 34 al masculino. La distribución etaria fue la que se expone en la tabla. Las patologías acompañantes fueron: cardiovasculares, neurológicas, respiratorias, hemopatías malignas, digestivas y otras.

Discusión. Las GMSI se presentan en el 4% de la población hospitalizada de los Servicios de Medicina Interna en donde ingresan la mayoría de enfermos con edades avanzadas de la vida (en nuestra serie la media fue de 74 ± 3 años). El descubrimiento, en la mayoría de los casos, fue fortuito en enfermos con anemia, velocidad de sedimentación globular elevada o dolores osteoarticulares. El componente monoclonal fue sobretodo Ig G (96 casos), seguido de Ig A (43 casos), IgM (23 casos) y B_J (10 casos). El mayor número de casos lo observamos en las décadas de 70-79 y 80-89 años. El descubrimiento de una GMSI obliga al control evolutivo al menos anualmente, ante la posibilidad de transformación en discrasia linfoplasmocitaria (mieloma, macroglobulinemia), lo que ocurrió en nuestra serie sólo en dos casos. La mayor parte de éxitos que observamos se debieron a las patologías conmórbidas.

Distribución etaria.

| Años | IgG | IgA | IgM | B _J | Totales |
|---------|-----|-----|-----|----------------|---------|
| 40-49 | 1 | - | 1 | - | |
| 50-59 | 2 | 2 | - | - | |
| 60-69 | 20 | 7 | 6 | 2 | |
| 70-79 | 35 | 16 | 10 | 6 | |
| 80-89 | 36 | 16 | 4 | 2 | |
| 90-99 | 2 | 2 | 2 | - | |
| Totales | 96 | 43 | 23 | 10 | 172 |

**V-009
ACTIVIDAD URINARIA DEL N-ACETIL-β-GLUCOSAMINIDASA DURANTE EL EMBARAZO NORMAL**

F. Pérez Blanco¹, E. Hidalgo Carmona², M. Cruz Martínez², A. Caño Aguilar², R. Ríos Fernández¹, D. Vinuesa García¹, I. Aomar Millán¹ y A. Rodríguez Cuartero¹

¹Medicina Interna, ²Obstetricia. Hospital Clínico de San Cecilio. Granada.

Objetivos. A pesar de los avances en el conocimiento de la fisiología normal y anormal del riñón durante la gestación, aún se desconocen muchos de los mecanismos que ocasionan la adaptación de los cambios anatómicos y funcionales renales en la mujer embarazada. Las células tubulares son ricas en enzimas que intervienen de forma indirecta en la permeabilidad de la membrana tubular. La actividad urinaria del enzima lisosómico N-acetil-β-glucosaminidasa (NAG) es un fiel marcador de los cambios acaecidos en el riñón durante el embarazo.

Material y métodos. Estudiamos un total de 157 mujeres, 67 de ellas no embarazadas tomadas como control y 93 embarazadas en las que se realizaron las determinaciones analíticas de este trabajo a las 20 semanas de gestación, 30 semanas y parto. En todas ellas se siguió un riguroso protocolo de estudio, con criterios de selección y consentimiento de los pacientes. La actividad urinaria de NAG se realizó en orina de 24 horas, siguiendo el método espectrofotométrico de Horak (Clin Chem. 1981;27:1180-5).

Resultados. Ver tabla I.

Discusión. El ascenso de la actividad urinaria de NAG en la última fase de la gestación (parto), nos indica que es en éste momento cuando se producen los mayores cambios de la función tubular, condicionados por el aumento del volumen circulante de la presión oncótica y alteraciones en la reabsorción de glucosa, ácido úrico y aminoácidos.

Conclusiones. La determinación de NAG urinaria es un parámetro más sensible que otros marcadores clásicos de función renal como la urea o creatinina.

Tabla I.

| | No embarazadas | Embarazo normal (20 semanas) | Embarazo normal (30 semanas) | Embarazo normal (parto) |
|--------------------------------|----------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Nº | 64 | 93 | 93 | 93 |
| Edad (años) | 27,7 ± 4,8 | 30,2 ± 5,2 | 30,2 ± 5,2 | 30,2 ± 5,2 |
| Peso (kg) | 53,7 ± 9,3 | 67,2 ± 9,0 | 72,5 ± 9,1 | 76,4 ± 9,6 |
| Urea sérica (mmol/l) | 6,9 ± 1,3 | 7,2 ± 1,6 | 6,7 ± 1,4 | 6,9 ± 1,6 |
| Creatinina sérica (micromol/l) | 42,1 ± 6,3 | 45,2 ± 8,0 | 45,3 ± 7,3 | 57,5 ± 12,3 |
| Creatinina urinaria (mmol/dl) | 8,7 ± 6,2 | 8,2 ± 5,8 | 8,1 ± 5,2 | 9,7 ± 10,1 |
| NAG (u/g creatinina) | 8,1 ± 7,3 | 8,4 ± 7,5 | 14,0 ± 11,3 | 35,1 ± 28,1 |

V-010**TUMOR DEL ESTROMA INTESTINAL (GIST) COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE DE LARGA EVOLUCIÓN****L. Crespo Pérez¹, G. Plaza Palacios¹, C. Redondo Verge² y A. Cano Ruiz¹**¹Gastroenterología, ²Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Presentación de la evolución de dos enfermos, casos clínicos atípicos de GIST - originados en yeyuno e íleon - cuya manifestación clínica en forma de hemorragia digestiva fue larga y compleja, con expresión final de metástasis hepáticas.

Material y métodos. Se revisan de forma retrospectiva las historias clínicas de dos enfermos diagnosticados de GIST, con estudio y seguimiento estrecho en el Servicio de Gastroenterología de un Hospital Universitario de la Comunidad de Madrid, desde los años 1990 y 2003 respectivamente.

Resultados. CASO CLÍNICO 1: Mujer de 78 años estudiada por el Servicio de Gastroenterología por melenas. Tuvo un primer episodio en 1990, seguido de otros en 1991, 1996, 2000, 2002 y 2004. La exploración física y todas las pruebas realizadas en dichos ingresos (endoscopia digestiva alta, colonoscopia completa, gammagrafía con tecnecio-99, tránsito gastrointestinal y cápsula endoscópica) fueron normales. Durante una consulta al Servicio de Urgencias por presentar deposiciones melánicas se le realiza una arteriografía, en la que se visualiza una masa hipervascularizada en ciego y otra de similares características en hígado, de probable origen metastásico. Dichos resultados fueron corroborados mediante TAC. La paciente es intervenida quirúrgicamente realizándose una resección ileocecal con linfadenectomía regional y hepatectomía derecha. El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico fue compatible con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) maligno. Se inició tratamiento con imatinib en Diciembre de 2004. CASO CLÍNICO 2: Varón de 41 años estudiado por el Servicio de Gastroenterología desde 2003 por melenas y astenia marcada. Se le realizó endoscopia digestiva alta, colonoscopia completa, tránsito gastrointestinal y gammagrafía con tecnecio-99 que no mostraron alteraciones. Se solicitó entonces estudio mediante cápsula endoscópica, que visualizó una lesión sangrante en las primeras asas yeyunales. Se interviene al paciente encontrándose una tumoración de 1cm en yeyuno proximal. La anatomía patológica de dicha lesión y su estudio inmunohistoquímico fueron compatibles con un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) maligno. Posteriormente se solicitó un TAC con PAAF de una lesión focal hepática de nueva aparición, informada como metástasis de su tumor primario, por lo que se decidió realizar una resección hepática. Está pendiente de iniciar tratamiento con imatinib.

Discusión. El término GIST engloba un conjunto de neoplasias poco frecuentes derivadas del estroma intestinal. Pueden originarse en la pared de cualquier tramo del tubo digestivo e incluso fuera del mismo. Los más frecuentes son los de localización gástrica, seguidos de los localizados en intestino delgado, como ocurría en nuestros pacientes. La clínica inicial es muy variable, pueden manifestarse en forma de dolor abdominal difuso en el 40-70% de los casos, como hemorragia digestiva en el 20-50% (tal y como debutaron los casos expuestos, si bien nuestros pacientes tuvieron una presentación atípica, de larga evolución -incluso más de una década en uno de ellos- con carácter recurrente) y como una masa palpable en el 20% de los casos. Su diagnóstico es fundamentalmente inmunohistoquímico, se definen como tumores mesenquimales del tracto gastrointestinal que expresan la proteína c-Kit. El pronóstico de los pacientes con enfermedad metastásica o irreseccable ha cambiado notablemente con el desarrollo de un fármaco inhibidor selectivo del receptor para tirosín kinasa llamado imatinib o STI 571. De momento sólo está aprobado su uso por la FDA desde Mayo de 2002 para el tratamiento de los tumores GIST irreseccables o metastásicos, tal era el caso de los enfermos expuestos.

Conclusiones. 1. Los tumores del estroma gastrointestinal pueden manifestarse de forma casi exclusiva como hemorragia digestiva durante largos períodos con apariencia criptogénica. 2. Se debe tener en cuenta siempre a los GIST en el diagnóstico diferencial de las hemorragias digestivas de origen oscuro. 3. La terapia oncológica con imatinib es una realidad actual en los GIST.

V-011**HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DE HELLÍN****F. Polo Romero¹, J. Segura Luque¹, M. Atienza Morales², J. Beato Pérez¹, J. Armengol Sala³ y M. Vargas Berzosa³**¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos, ³Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Hellín. Hellín, Albacete.

Objetivos. Conocer la prevalencia de Hemocromatosis Hereditaria (HH) en el área de salud del Hospital de Hellín (Albacete).

Material y métodos. Durante 6 meses consecutivos se analizaron las determinaciones del Índice de Saturación de Transferrina (IST) realizadas en el laboratorio del Hospital de Hellín. Se seleccionaron aquellas con IST > 45%. Se repitió la determinación de IST, hierro, ferritina y transferrina, junto con una analítica completa a los participantes. A aquellos con persistencia de IST > 45% se les realizó determinación de las mutaciones del gen HFE de la HH. Los pacientes diagnosticados de HH fueron seguidos en la consulta de M.I. **Resultados.** De todos los análisis realizados, 97 personas presentaron IST > 45%. Sólo 19 aceptaron participar en el estudio y el resto no contestaron a los sucesivos llamamientos. De los participantes, 14 fueron hombres (74%) y 5 mujeres (26%). Ocho presentaban hábito enólico activo. El IST medio fue 68.8 ± 17.3%. Sólo 4 sujetos presentaron hipertransaminasemia, de los cuales 1 fue diagnosticado de HH. Seis sujetos presentaron normalización del IST en una segunda determinación, siendo excluidos del estudio. Dos sujetos rechazaron la realización del estudio genético, abandonando el estudio. Se realizaron 11 estudios genéticos de HH. Cinco pacientes fueron diagnosticados de HH, 2 homocigotos para la mutación C282Y y 3 dobles heterocigotos para C282Y/H63D. Un sujeto presentó homocigosis para la mutación H63D. De los 5 pacientes diagnosticados de HH sólo uno presentaba enolismo activo, no encontrando relación significativa entre enolismo y HH. Todos los pacientes fueron tratados con flebotomías, experimentando normalización del IST.

Discusión. La HH es una enfermedad muy prevalente en la población general. Nuestro estudio lo corrobora al ser positivos casi la mitad de los estudios genéticos realizados, lo que supone más del 25% de los participantes en el estudio. La existencia de otras fuentes de sobrecarga de hierro no debe descartar el diagnóstico de HH, como hemos demostrado al diagnosticar a un paciente que presentaba hábito enólico activo. Creemos interesante realizar screening de la enfermedad, si bien debería realizarse a través de programas de salud en A. Primaria porque al tratarse de una enfermedad casi desconocida para la población general, la participación voluntaria probablemente será mínima.

Conclusiones. La HH es una enfermedad muy prevalente en la población general. La existencia de otras causas de sobrecarga de hierro no excluye el diagnóstico de HH. Deben realizarse estrategias de despistaje poblacional de HH a través de programas de salud en Atención Primaria. Estudios Genéticos HFE

V-012**ENFERMEDAD DE WHIPPLE (EW): 3 FORMAS DE PRESENTACIÓN****B. Chulvi Calvo¹, I. Guerra Marina², G. Eroles Vega¹, D. Ferreiro López¹, A. Mancebo Plaza¹, M. Delgado Galán², A. Mecina Gutiérrez¹ y P. Lucena Calvet¹**¹Medicina Interna, ²Digestivo. Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Objetivos. Descripción de 3 casos de EW.

Material y métodos. PACIENTE 1 (2005): Varón de 52 años con antecedentes de apnea del sueño, y desde hace 5 años, un cuadro de picos febriles aislados, sacroileitis, uveitis bilateral y poliartritis simétrica que afectaba a muñecas y tobillos. En los 2 últimos meses, diarrea crónica, pérdida de 12 kg de peso, distensión abdominal y edemas. En la analítica anemia de trastorno crónico, elevación de transaminasas e hipoproteinemia. Se realizó colonoscopia, tránsito intestinal y TAC abdominal sin alteraciones. Gastroscopia: mucosa de 2ª porción duodenal marrón oscuro, con patrón miliar y vellosidades prominentes. Ecocardiograma con insuficiencia mitral y tricuspídea ligera. Tras tratamiento con Ceftriaxona y posteriormente Trimetropín-sulfametoxazol queda asintomático. PACIENTE 2

(2004): varón de 68 años con antecedentes de hepaticoyunostomía por enfermedad de Caroli; desde hace 8 meses refiere astenia y pérdida de 10 kg de peso, y desde hace tres meses diarrea crónica sin otros datos de afectación sistémica. Se realizaron colonoscopia, gastroscopia, ecocardiograma, coprocultivo, parásitos en heces, anticuerpos anti gliadina y anti endomisio y serología a VIH, VHB y VHC sin encontrarse alteraciones. Tránsito intestinal compatible con malabsorción intestinal. En la analítica anemia ferropénica. Se inició tratamiento con Ceftriaxona y posteriormente Trimetropin-sulfametoxazol oral durante un año, quedando asintomático. PACIENTE 3 (1990): mujer de 66 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada, y desde hace 4 años poliartralgias. Desde unos 7 meses antes, refiere episodios autolimitados de diarrea sin otra sintomatología acompañante. En la analítica destaca anemia de trastorno crónico, hipoproteinemia y esteatorrea. Se realizó estudio gastroduodenal, enema opaco y tránsito intestinal sin alteraciones. En la gastroscopia, se observa pared duodenal deformada con mucosa blanquecina. Ecocardiograma con disfunción moderada de ventrículo izquierdo. Se inició tratamiento con Estreptomina y Penicilina, posteriormente Tetraciclina oral durante un año, quedando asintomática.

Resultados. En las biopsias se encuentra una mucosa duodenal con infiltrado histiocitario PAS positivo en la lámina propia. En las muestras de los pacientes 1 y 2 se realizó estudio con microscopía electrónica, visualizándose el bacilo en los macrófagos.

Discusión. La EW está causada por un bacilo gram positivo, *Tropheryma Whipplei*, identificado por primera vez en 1992. Es una enfermedad multisistémica que afecta fundamentalmente: tubo digestivo (malabsorción, diarrea), articular (artralgias migratorias, artritis de MMII), ocular (uveítis, queratitis), neurológica (deterioro cognitivo, ataxia), cardiológica (endocarditis con hemocultivo -), hematológica (anemia ferropénica, linfopenia), pulmonar (pleuritis), fiebre, pérdida de peso... Para el diagnóstico es imprescindible la biopsia de intestino delgado, para su confirmación se necesita la visualización del bacilo mediante microscopía electrónica. Se puede identificar el RNA de la bacteria en los tejidos y fluidos afectados mediante PCR. El tratamiento antibiótico, es el único que ha mejorado el pronóstico, con fármacos que pasen la barrera hematoencefálica como Penicilina más Estreptomina, o Ceftriaxona durante 15 días y posteriormente Trimetropin-Sulfametoxazol al menos 1 año.

Conclusiones. La enfermedad de Whipple está producida por la infección por *Tropheryma Whipplei*. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas, su diagnóstico debe tenerse en cuenta ante la presencia de artralgias migratorias, pérdida de peso, diarrea y dolor abdominal. El diagnóstico de certeza se realiza mediante microscopía electrónica, demostrando la presencia del bacilo en la biopsia de intestino delgado. El tratamiento antibiótico debe ser adecuado y prolongado.

V-013

DEMORAS EN EL DIAGNÓSTICO DEL ICTUS CEREBRAL

C. San Román Terán, J. Pérez Díaz, M. Martín Pérez, M. Ramos Cantos, L. Montero Rivas y M. Guil García

Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga.

Objetivos. Averiguar el tiempo de demora del diagnóstico definitivo de Accidente Cerebrovascular Agudo (ACVA) definido por la realización del TC craneal para conocer nuestra realidad local que sirva de información inicial y base para la valoración de futuras intervenciones ya que se ha definido el momento del diagnóstico de ACVA como el que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta el instante en que se realiza la prueba de neuroimagen.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de los horarios de comienzo de los síntomas extraído de la Historia Clínica y llegada al hospital y realización de TC craneal obtenidos del sistema informático exacto, de los pacientes con diagnóstico de alta ACVA, entre el 01.01.2005 y 31.03.2005 en nuestro hospital.

Resultados. De un total de 37 pacientes de los que 28% habían tenido un ACV previo, 25,7% eran fumadores y 12,1 bebedores habituales. La edad media fue de 69,2 años; 27% mujeres (66,2 años) y 73% (70,4 años) hombres. 75% HTA, 48,6% Diabetes Mellitus, 43% portadores de una Hiperlipemia, 37% con cardiopatía diag-

nosticada y 11% con arteriopatía periférica. 8 pacientes estaban en Fibrilación Auricular de los que solo 3 estaban anticoagulados. Recibían algún tratamiento farmacológico dos tercios consistente en IECA 40%, ARA2 14,3%, AntiCa 14,3%, Betabloqueantes 37%, Estatinas 35% y Antiagregantes el 35,1%. Los diagnósticos finales fueron: Lacunar 24,3%; AIT 2,7%; Aterotrombótico 35,1%; Cardioembólico 24,3% y Hemorrágico 13,5%. La media de tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico fue de más de 6 horas (377,72 minutos) y desde la llegada al hospital y el TC craneal de algo más de dos horas (148,73 minutos). La mediana fue de 2 horas 32 minutos y 5 horas 31 minutos respectivamente. Solo 1 paciente fue diagnosticado en las tres primeras horas desde el comienzo de los síntomas y 10 (27%) en las seis primeras. No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo o tipo diagnóstico.

Conclusiones. Disponemos de unas medidas basales de nuestro entorno local que nos van a servir para evaluar futuras intervenciones. Los tiempos de demora son mejorables. Solo un 3% entran en las tres primeras horas. No parece haber discriminación por sexo, edad o lesión, si bien las cantidades son pequeñas para asegurar esta afirmación.

V-014

UTILIDAD DEL ÍNDICE BODE COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES REINGRESADORES POR EPOC

M. Sanjaume¹, P. Almagro¹, B. Barreiro², S. Rodríguez¹, M. Rodríguez Carballeira¹, N. Núñez², L. Heredia² y J. Garau¹

¹Medicina Interna, ²Neumología. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. La EPOC es una enfermedad con alta prevalencia que genera una importante mortalidad y morbilidad en nuestro medio. Recientemente Celli et al. han publicado el índice BODE como método predictor de supervivencia. Se trata de una escala de 10 puntos, donde a partir del FEV1 estratificado según los criterios de la American Thoracic Society, los metros caminados en 6 minutos, el índice de masa corporal y una escala de disnea se consigue un poder predictivo de mortalidad superior al FEV1 en pacientes ambulatorios. Queda por aclarar la utilidad de este índice en diferentes poblaciones. El objetivo del presente estudio ha sido estudiar el valor del índice BODE como predictor de mortalidad en una cohorte de pacientes reingresadores por exacerbación de su EPOC.

Material y métodos. Prospectivamente durante 1 año se incluyeron todos los pacientes que habían precisado ingreso en el Hospital Mútua de Terrassa por descompensación de su EPOC y que habían requerido al menos un ingreso hospitalario por el mismo motivo durante el año previo. A todos ellos se les realizó el día previo al alta una espirometría con prueba broncodilatadora, una gasometría y un test de marcha de 6 minutos. Se determinaron mediante un cuestionario la escala de disnea del Medical Research Council (MMRC), la calidad de vida (Saint George's Respiratory Questionnaire), la comorbilidad (Charlson), la dependencia funcional (Katz) y se calculó el índice de masa corporal así como la puntuación BODE. Los pacientes fueron seguidos durante seis años y medio momento en el cual a través del registro de mortalidad de la comunidad, vía telefónica o datos del propio hospital se determinó su supervivencia. En el estudio estadístico se utilizó χ^2 cuadrado y t-student para el análisis bivariante y se efectuó un estudio multivariante de la supervivencia mediante el modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox introduciendo como variable dependiente el tiempo hasta la muerte y como variables independientes las significativas en el bivariante.

Resultados. Se incluyeron 67 pacientes (1 mujer) con una edad media de 71,6 años (DE 8,9), FEV1 de 0,87 L (0,41) correspondiente a un 30% (DE 12,8) del teórico. La media de ingresos en el año previo fue de 1,79, La mortalidad fue del 62,7% con una supervivencia mediana de 1490 días (extremos: 29 - 2433 días). La puntuación media obtenida en el índice BODE fue de 5,18 (DE 1,92). Hallamos relación significativa de la mortalidad con el BODE ($p < 0,006$; OR 1,29; IC 95% 1,07-1,55) así como con la $pCO_2 > 45$ mmHg ($p < 0,003$; OR 3,4; IC 95% 1,64-7,08), la edad ($p < 0,003$), la dependencia funcional ($p < 0,05$) y la presencia de comorbilidad ($p < 0,05$). En el estudio multivariante sólo la hipercap-

nia y el BODE fueron factores predictores independientes de mortalidad.

Conclusiones. El índice BODE es útil como predictor independiente de mortalidad en la cohorte de pacientes con EPOC que requieren frecuentes ingresos por descompensación de su enfermedad. La hipercapnia al alta se confirma también como factor pronóstico independiente.

V-015

COMORBILIDAD Y DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Serradell, E. Francia, O. Torres, N. Hernández, I. Basabe, M. Blázquez, D. Ruiz y P. Domingo

Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Valorar la relación entre comorbilidad y mortalidad y deterioro funcional de los pacientes ingresados.

Material y métodos. Se estudiaron de forma prospectiva 85 pacientes ingresados consecutivamente en el servicio de Medicina Interna durante 1 mes. Las variables recogidas fueron: diagnóstico, comorbilidad medida por el Índice (I) de Charlson, estado funcional medido por el I Barthel (IB previo, al ingreso y al alta), número de fármacos (previos, durante el ingreso y al alta), días de ingreso, destino al alta y éxitus. El análisis estadístico se realizó por pruebas no paramétricas y test de correlación de Spearman.

Resultados. La edad media fue de 75.7 ± 13.9 años, 51.8% de los pacientes eran mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron: infecciones (47%), cardiopatía (16.9%). Los pacientes presentaban: I. Charlson 2.6 ± 2.4 ; IB previo 73.2 ± 32.2 e IB al ingreso 48.2 ± 37.8 , IB al alta 58.4 ± 36.4 . La media de fármacos prescrita durante el ingreso fue de 8.6 ± 3.6 y de 6.9 ± 4.2 al alta. Fueron éxitus 6 (7%) pacientes. El 56% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio. El I. Charlson se correlacionó con el número de fármacos previo ($r = 0.618$), al ingreso ($r = 0.319$) y al alta (0.324), de forma estadísticamente significativa; el declive funcional producido por la enfermedad (IBprevio-IBingreso, $r = 0.312$) y el declive funcional total (IBprevio-IBalta, $r = 0.318$). No se correlacionó con el deterioro funcional durante el ingreso (IBingreso-IBalta) ni la estancia hospitalaria. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el I. Charlson en los pacientes que fueron éxitus de los que no (2 vs 2) ni en los dados de alta a residencia o centros sociosanitarios respecto a los que fueron a domicilio (2 vs.2).

Discusión. La existencia de elevada comorbilidad es un hecho frecuente en las áreas de Medicina Interna, especialmente entre la población anciana. El índice de comorbilidad de Charlson se correlaciona con la supervivencia a largo plazo. Apenas existen trabajos en los que se haya podido valorar la relación de este índice con variables médicas concretas como el deterioro funcional o la estancia hospitalaria en pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna. Los sujetos de nuestra muestra tenían una edad media elevada, y una comorbilidad media, y dependencia leve al ingreso, similar a la descrita en otros servicios de Medicina Interna. Observamos que los pacientes con una mayor comorbilidad presentaban un mayor deterioro funcional que era atribuible principalmente al deterioro producido por la enfermedad que motiva el ingreso. En nuestros pacientes observamos que el I. Charlson no se relacionó con los días de estancia hospitalaria, siendo discordantes los resultados presentados por otros autores en la literatura. No pudimos objetivar la existencia de correlación entre la comorbilidad y la mortalidad hospitalaria, si bien estudios previos realizados en patologías específicas (1,2,3) han demostrado dicha correlación. Probablemente este hecho podría explicarse por el reducido número de pacientes fallecidos en nuestra muestra. 1. Di Lorio B et al. Charlson Comorbidity Index is a predictor of outcomes in incident hemodialysis patients and correlates with phase angle and hospitalization. *Int J Artif Organs*. 2004 Apr;27:330-6 2. Ouellette JR et al. Evaluation of Charlson-Age Comorbidity Index as predictor of morbidity and mortality in patients with colorectal carcinoma. *J Gastrointest Surg*. 2004 Dec;8:1061-7. 3. Goldstein LB et al. Charlson Index comorbidity adjustment for ischemic stroke outcome studies. *Stroke*. 2004 Aug;35:1941-5.

Conclusiones. La comorbilidad se relaciona con el deterioro funcional de los pacientes ingresados, siendo atribuible el deterioro funcional principalmente al producido por la enfermedad aguda que motiva el ingreso.

V-016

ICTUS CARDIOEMBÓLICOS: FACTORES QUE CONDICIONAN LA NO DESCOAGULACIÓN AL ALTA

L. Ceresuela Eito¹, E. Iribarnegaray Valenzuela¹, P. Armario García¹, N. Görbig Romeu¹, J. Bello López², R. Hernández del Rey¹ y M. Martín Baranera³

¹Medicina Interna, ²Neurología, ³Epidemiología.

Hospital General L'Hospitalet. L'Hospitalet Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Determinar los factores que condicionan la decisión de descoagular al alta a los pacientes con ictus cardioembólicos.

Material y métodos. Se incluyeron de forma prospectiva los pacientes con ictus isquémico que ingresaron en nuestro centro entre diciembre 2002 y junio 2004. Se recogieron datos clínicos, analíticos, electrocardiográficos y de neuroimagen. Los pacientes fueron valorados por el servicio de neurología y se etiquetaron como cardioembólicos aquellos ictus que presentaban clínica compatible (déficit Máximo inicial de instauración brusca y con frecuencia rápida recuperación posterior, síntomas/signos de afectación cortical), hallazgos sugestivos de la TAC craneal (lesión cortical, componente hemorrágico), fibrilación auricular en ECG u otros datos clínicos o de pruebas complementarias sugestivos de cardiopatía embolígena. La afectación funcional al alta se estableció mediante la escala de Rankin considerando buen pronóstico < 3 Escala Rankin: 0 Ausencia de secuela 1 Secuela Mínima sin ninguna limitación 2 Limitación para actividades no habituales, sin limitación en actividades habituales 3 Limitación en actividades habituales, pero camina sin ayuda 4 Precisa ayuda continua 5 Encamamiento 6 éxitus.

Resultados. Se incluyeron 187 de los que 53 (16%) presentaban ictus cardioembólico. La edad media fue de 77.1 ± 10.5 años, siendo 20 varones (57.1%). De estos pacientes solo 4 estaban descoagulados previamente. Al alta 18 pacientes (51.4%) estaban descoagulados y 17 pacientes recibían tratamiento antiagregante. Los pacientes no descoagulados presentaban las siguientes características: - Eran significativamente mayores que los descoagulados (81.63 ± 9.11 años vs 72.4 ± 10.08 años, $p = 0.013$) - Presentaron una mayor afectación funcional al alta Rankin ≤ 2 Descoagulados 12 casos (70%) No descoagulados 5 casos (30%) Rankin > 2 Descoagulados 6 casos (33%) No descoagulados 12 casos (67%).

Discusión. Pese a las indicaciones bien establecidas para la descoagulación en pacientes con ictus cardioembólico seguimos constatando una infrautilización de dicha terapia. A ello contribuye el deterioro funcional (a mayor deterioro menos descoagulación) lo que se podría justificar al considerar que la descoagulación no aportaría un beneficio extra a estos pacientes y podrían presentar las complicaciones de la descoagulación. La edad, que si implica un mayor riesgo cardioembólico, paradójicamente se argumenta como factor negativo para descoagular, por el riesgo del tratamiento anticoagulante **Conclusiones.** Pese al escaso número de casos, podemos concluir que en nuestros pacientes, los paciente más ancianos y los que presentan mayor afectación funcional se consideran de forma significativa menos tributarios de descoagulación al alta.

V-017

HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÁNEA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 100 CASOS

A. Echeverría Echeverría, R. Daroca Pérez, J. Mosquera Lozano, M. Bonilla Hernández, M. Vallejo García y J. Peña Somovilla

Medicina Interna. San Millán. Logroño, La Rioja.

Objetivos. Conocer las características clínico-epidemiológicas de las hemorragias cerebrales (HC) en nuestro hospital.

Material y métodos. Se analizaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con HC ingresados en nuestro hospital en el año 2004. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y de

evolución. Se analizó el significado pronóstico de diferentes variables clínicas.

Resultados. Durante el año 2004 causaron alta 100 pacientes con el diagnóstico de HC. Varones 58%, edad media 75,5 ± 12,6 años. El 80% eran hemorragias intraparenquimatosas, 8% subaracnoideas y 12% extracerebrales, 3% traumáticas. El 24% tenía extensión ventricular de la hemorragia. De las HC intraparenquimatosas el 40% fueron de localización lobar, 21% basal o putaminal, 18% talámicas, 4% cerebelosas. El 49% tenía antecedentes de HTA, 19% fibrilación auricular, diabetes el 15%, etilismo el 11%. El 45% no tenía antecedentes patológicos. Recibía tratamiento con antiagregantes el 16% y con anticoagulantes orales el 13%. El nivel de conciencia al ingreso, según la escala de Glasgow, fue > de 10 en el 34%. Evolucionaron sin secuelas el 34%, con secuelas el 32% y fallecieron el 34%. El fallecimiento se asoció de forma significativa con puntuación de Glasgow < 11, y no se correlacionó con la edad, sexo o sangrado ventricular.

Discusión. La HC en nuestro medio ocurre en edades avanzadas, siendo la HTA el factor asociado más frecuente. En nuestro estudio, a diferencia de otros, la hemorragia lobar fue la localización más frecuente. La mortalidad precoz es alta y no parece haber disminuido respecto a estudios más antiguos, y se correlaciona con un bajo nivel de conciencia al ingreso.

Conclusiones. Este estudio muestra que la HC incide en pacientes de edad avanzada, con frecuencia hipertensos, y que su pronóstico vital y funcional sigue siendo malo.

V-018

HEMORRAGIA CEREBRAL ASOCIADA A USO DE ANTI-COAGULANTES ORALES

J. Mosquera Lozano, M. Bonilla Hernández, R. Daroca Pérez, A. Echeverría Echeverría, M. Vallejo García y J. Pinilla Moraza

Medicina Interna. Hospital San Millán. Logroño, La Rioja.

Objetivos. Conocer las circunstancias clínicas en que se producen las hemorragias cerebrales (HC) asociadas a tratamiento con anticoagulantes orales (ACO)

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes dados de alta en nuestro hospital en el año 2004 con el diagnóstico de HC y que recibían tratamiento con ACO en el momento del ingreso (acenocumarol en todos los casos). Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y de evolución. Se revisaron los registros de tratamiento anticoagulante de los pacientes y se analizó la asociación de la HC con diversos parámetros del estado de anticoagulación.

Resultados. Durante el año 2004 causaron alta 13 pacientes que desarrollaron una HC hallándose en tratamiento con ACO; supusieron el 13% de todas las HC ingresadas ese año. El 61,5% eran varones. La edad media fue de 77 ± 5,8 años. El 53,8% tuvieron una HC intraparenquimatosas 15,4% subaracnoidea y 7,7% extracerebral. El 84,6% tenían fibrilación auricular (FA), 53,8% HTA, 23,1% tumor cerebral. La indicación de tratamiento ACO se había establecido por FA en el 86% de los casos; la indicación se consideró correcta, según los estándares, en todos los casos. Evolucionaron sin secuelas el 38,5%, con secuelas el 23,1% y fallecieron el 38,5%. El 69,2% de los pacientes llevaban más de un año en tratamiento con ACO. El INR (international normalized ratio) medio al ingreso fue 3,12 ± 1,41. Un 50% (6/12 casos) tenían INR > 3. Se analizó la variabilidad en el tratamiento ACO de cada individuo mediante la varianza de los INR. La mediana de las varianzas de todos los pacientes fue de 1,19. La mortalidad fue de 25% en los pacientes que tenían al ingreso INR < 2,5 y 44,4% en los que fue > 2,5 (diferencia no significativa).

Discusión. El uso de ACO supone un porcentaje significativo de las causas de HC. La edad, localización de la hemorragia y frecuencia de HTA son similares al resto de pacientes con HC. No encontramos en cambio que la mortalidad sea más elevada, como está registrado en otros estudios. Es de destacar una importante variabilidad en los controles de INR, lo que indicaría un deficiente tratamiento y mayor riesgo de hemorragia. Observamos que un elevado porcentaje de las HC se produce con un INR dentro del rango terapéutico, y que la HC se produce con elevada frecuencia en pacientes con tratamiento de larga duración, lo que contradice otras observaciones.

La mortalidad tiende a ser mayor cuanto más elevado es el INR inicial.

Conclusiones. Los ACO son una importante causa de HC. Esta se puede producir con cualquier cifra de INR y en pacientes en tratamiento de inicio reciente o prolongado. Nuestro estudio no muestra una mortalidad mayor en este tipo de HC.

V-019

LAS CITOQUINAS EN DIFERENTES POST-OPERATORIOS DEL ADULTO

J. Pérez Arancón y E. Pérez Martínez de Morentín

Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra.

Objetivos. El propósito de este estudio es evaluar los niveles del Factor de Necrosis Tumoral (FNT), de Interleuquina 1 (IL-1), de Interleuquina 6 (IL-6), y del Inhibidor del Activador del Plasminógeno (PAI-1) en tres situaciones post-operatorias diferentes (herniorrafia, colecistectomía, y cirugía cardíaca) y valorar si existen diferencias entre dichos niveles.

Material y métodos. Se han estudiado con carácter prospectivo, tres series de pacientes correspondientes a diferentes post-operatorios: 1. Cirugía de hernia inguinal 30 enfermos. 2. Cirugía de vesícula biliar 34 enfermos. 3. Cirugía Cardíaca con Circulación extracorpórea 25 enfermos. Con objeto de estimar la variabilidad existente en los valores de FNT, IL-1, IL-6, PAI-1 se ha analizado una serie control de 30 personas en su trabajo habitual. Todas las series son homogéneas en cuanto a sexo, edad, peso y talla. Han sido establecidos criterios de inclusión para los pacientes de las tres series post-operatorias. Determinaciones: Generales de Laboratorio. FNT inmunoradiométrico. IL-1 inmunoradiométrico. IL-6 inmunoradiométrico. PAI-1 actividad biológica. Endotoxina Test de Limulus cuantitativo. Bacteriológicos (Hemocultivos, Urocultivos). Análisis Estadístico: Prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

Resultados. Media ± Sm estándar Control: TNF pg/ml 2,47 ± 0,48. PAI-1 UF/ml 9,07 ± 1,15. IL-1 pg/ml 0,09 ± 0,008. IL-6 pg/ml 10,58 ± 3,02. Endotoxina pg/ml 0,35 ± 0,02. C. Cardíaca: TNF pg/ml 51,19 ± 7,62. PAI-1 UF/ml 26,64 ± 8,58. IL-1 pg/ml 2,1 ± 0,5. IL-6 pg/ml 336,52 ± 34,88. Endotoxina pg/ml 0,38 ± 0,08. C. Hernia: TNF pg/ml 3,64 ± 0,32. PAI-1 UF/ml 10,20 ± 1,54. IL-1 pg/ml 0,81 ± 0,1. IL-6 pg/ml 13,15 ± 3,15. Endotoxina pg/ml 0,36 ± 0,06. C. Vesícula: TNF pg/ml 5,78 ± 0,64. PAI-1 UF/ml 12,10 ± 1,45. IL-1 pg/ml 1,2 ± 0,2. IL-6 pg/ml 21,22 ± 3,55. Endotoxina pg/ml 0,37 ± 0,09. Existe diferencia estadísticamente significativa p < 0,01 para TNF, PAI-1, IL-1, IL-6 para todas las series. No existe diferencia significativa para Endotoxina entre las series.

Discusión. El Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS), representa el mecanismo de reacción del organismo a la agresión por diferentes causas, y se manifiesta bioquímicamente por la puesta en funcionamiento de la cascada de las interleuquinas y otros mediadores moleculares. La intensidad de la agresión (en ausencia de infección que amplifica la respuesta) puede corresponderse con una respuesta molecular de intensidad mayor. Como se deduce de los resultados, con homogeneidad de sexo, edad, talla y peso en las series, el perfil de las citoquinas muestra valores más elevados de las mismas en función de la agresión quirúrgica, figurando de mayor a menor la cirugía cardíaca, la cirugía de la vesícula biliar y la cirugía de la hernia inguinal.

Conclusiones. Los valores de los mediadores estudiados, son más elevados que los controles como expresión de la agresión, y su intensidad es mayor en función del acto quirúrgico. La IL-1 está estudiada después de dos horas de la intervención por lo que no es fiel reflejo de la secuencia de interleuquinas.

V-021

ESTACIONALIDAD DE LAS PANCREATITIS

A. Asenjo Mota, R. Barba Martín, R. Puertas Barrena, G. García de Casasola, H. Martín Álvarez, M. Mateos, C. Garmendia y A. Zapatero

Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Existe la impresión de que algunas patologías graves tienen una variación circunual. Entre ellas la pancreatitis se ha postula-

do como una enfermedad que podía aparecer con más frecuencia en algunas estaciones del año. Nos propusimos valorar la distribución anual de las pancreatitis ingresadas en nuestro servicio con el fin de determinar si había variaciones en las distintas estaciones del año.

Material y métodos. Se identificaron todos los casos de pancreatitis aguda ingresados en la Fundación Hospital de Alcorcón desde enero del 99 hasta diciembre del 2003 mediante los datos obtenidos del CMBD basándonos en el código CIE-9 del diagnóstico al alta (577.0). Los pacientes fueron categorizados según el mes y la estación del año en la que habían ingresado. Se compararon los diferentes periodos para ver si existían diferencias en la frecuencia de la enfermedad.

Resultados. Durante el período de estudio (1999-2003) ingresaron en nuestro centro 62143 pacientes mayores de 14 años en servicios diferentes a obstetricia. Se diagnosticaron 764 casos de pancreatitis aguda (1.2%), el 51.4% de los cuales eran hombres. La edad media de los pacientes fue 63.6 (SD 19,8) y el tiempo medio de estancia en el hospital 10,01 (SD 9,8) días. Un 6.2% de los pacientes fallecieron durante el ingreso. Las pancreatitis supusieron entre el 0,9-1.5% de los ingresos hospitalarios, manteniéndose la proporción uniforme a lo largo de los 4 años de estudios. La distribución por estaciones fue 25.6% en invierno, 25.3% en primavera, 24.0% en verano y 26.3% en otoño. El mes del año en el que más casos hubo fue marzo con un 10,5% y el que menos febrero con un 6,5% del total de los ingresos. No hubo mayor mortalidad o estancia media superior en ninguna de las estaciones del año.

Discusión. Este estudio no demuestra que existan variaciones estacionales en la aparición de pancreatitis aguda, ni tampoco es más grave en unos momentos u otros del año.

**V-022
SIGNIFICADO DE LA ORTODESOXIA EN LA CIRROSIS HEPÁTICA**

J. Alonso Martínez, M. Urbieta Echezarreta, V. Fernández Ladrón, M. Abinzano Guillén, J. Moya Andía y F. Annicherico Sánchez

Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra.

Objetivos. La disminución de la PaO₂ desde la posición de decúbito a la de ortostatismo se denomina ortodesoxia (OD), y aunque no exclusivamente, se considera característico del síndrome hepatopulmonar (SHP). Nuestro objetivo fue saber la frecuencia de OD en la cirrosis hepática (CH) y en el SHP y los factores asociados.

Material y métodos. Estudiamos 32 pacientes consecutivos diagnosticados de CH midiendo gasometría arterial en decúbito y en posición ortostática. En cada paciente se realizaron pruebas de función pulmonar, medición de gasto cardiaco por ecocardiografía, cálculo de las resistencias vasculares, aclaramiento de creatinina y medición de péptidos por RIA. El SHP fue diagnosticado por la coexistencia de gradiente alveolo arterial mayor de 20 mm de Hg junto con la demostración de vasodilatación pulmonar por ecocardiografía de contraste o gammagrafía pulmón-cerebro con macroagregados de albúmina.

Resultados. La edad media fue de 57DE9 años, varones 30 (98%). Child-Pugh A 14 (44%), B 10 (31%) y C 8 (25%). SHP fue diagnosticado en 14 (44%) pacientes. En total 20 pacientes (62%) mostraron algún grado de OD: 9 pacientes en el grupo SHP y 11 en el resto, con un decremento medio de -6,73DE5.75 mm Hg. OD mostró correlación (P < .05) con FEV1 (r = 0,43), resistencia de arteria renal calculada (r = 0,51) y con el aclaramiento de creatinina (r = 0,53). OD en el grupo SHP fue -7.81DE7.04 y en el resto -6.44DE5.07 mm Hg (p NS). En la tabla 1 se presentan las diferencias entre pacientes con y sin OD. Los pacientes con SHP y OD tuvieron menor% de protrombina, mayor nivel de bilirrubina, hipocapnia e hipoxemia, mayor alteración de las pruebas de función respiratoria e hiperreninismo (p < .05) Cuando consideramos un nivel de OD mayor del 5% en pacientes con el SHP, los pacientes con OD tuvieron mayor gasto cardiaco (p < .05), hiponatremia (p < .05) y tendencia a mayor vasodilatación sistémica con resistencias vasculares disminuidas (p = .08), y niveles menores de Endotelina-1 (p = .09).

Conclusiones. La OD es frecuente en CH, y la existencia de SHP no explica ni una mayor frecuencia ni un nivel mayor de OD. La

presencia de OD se asocia con una menor actividad sintetizadora hepática, mayor deterioro renal e hiperreninismo. Glucagon and prostaciclina, a través de su actividad vasodilatadora, podrían inducir OD. En el contexto de SHP, la OD induce una peor función hepática y pulmonar con vasodilatación sistémica.

Tabla 1.

| | OD | No-OD | p |
|------------------------------|-----------|------------|-------|
| PaO ₂ ortostática | 73.8DE12 | 88.58DE11 | < .01 |
| FEV1% | 66DE17 | 95DE16 | < .05 |
| FEV1/FVC | 68DE8 | 77DE8 | < .05 |
| TLco% | 72DE28 | 100DE22 | = .07 |
| Aclaram. creat. | 80DE38 | 113DE51 | < .05 |
| Renina plasma | 99DE165 | 31DE37 | < .01 |
| PGI2 | 1.77DE3.4 | 0,64DE1.14 | < .05 |
| Glucagón | 481DE455 | 323DE240 | < .05 |
| Protrombina % | 67DE14 | 77DE12 | = .06 |

**V-023
CORRELACIÓN ECOLÓGICA ENTRE CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA EPOC Y CÁNCER DE PULMÓN EN EL ÁREA SANITARIA MINERO-INDUSTRIAL DE PUERTOLLANO**

J. Portillo Sánchez

Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos. 1. Conocer la exposición a diversos contaminantes atmosféricos de la población de Puertollano. 2. Relacionar los niveles de contaminantes con la distribución geográfica- epidemiológica de EPOC, Cáncer de Pulmón y Neumoconiosis.

Material y métodos. 1. Se obtuvieron datos de los diversos contaminantes atmosféricos (SO₂, Partículas, NO₂, NO y Ozono) a partir de varias estaciones de medida en la población de Puertollano, como cohorte expuesta a contaminación durante 1992-1998. 2. Se registró en una base de datos todos los casos de Cáncer de Pulmón (de nuevo diagnóstico) así como los ingresos por EPOC. 3. El estudio fue de tipo Ecológico analítico 4. Se realizó análisis paramétricos (bivariante) y no paramétricos con programa estadístico SPSS. 5. Se correlacionaron niveles medios de contaminantes por zonas con: a) Distribución de las patologías objeto de estudio b) Datos diferenciales Espirométricos por zonas.

Resultados. Se recogieron 780 casos de EPOC (89% varones y 11% mujeres), y 240 casos de Cáncer de Pulmón (97% hombres y 3% mujeres). Edad media global 68,18 y 67,07 respectivamente. Calidad del aire: Se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las distintas estaciones cuyos niveles medios anuales fue para SO₂ (6,32-19,83), Partículas (9,14 -17,21) y para NO₂ y NO (6- 15) (5 y 25) mcgr/m³ respectivamente. La espirometría detectó diferencias significativas respecto a FVC. La FEV no presentó diferencias estadísticamente significativas por zonas si bien mostró tendencia mayor deterioro en zonas cercanas a fuentes contaminantes. Mortalidad por EPOC: mayor la mortalidad en zona expuesta a contaminantes (Puertollano) que en las zonas más rurales no expuestas. (p < 0,01). No relación con niveles contaminantes entre sí de distintas zonas. Cáncer de Pulmón: La incidencia no se correlacionó ni con la estación de medida ni con los niveles de los contaminantes indicados (p = 0,74). Tasa específica mortalidad área de 41,06. La mortalidad fue más elevada en la zona de Puertollano (55X100,000) con 20,26 resto área. La exposición a sílice supuso un incremento del riesgo para cáncer de pulmón. Mortalidad Global: Encontrando sólo una relación significativa entre incrementos de la concentración de NO. En cuanto a la frecuencia de las distintas patologías por zonas, ajustadas a la densidad de población de cada zona de Puertollano expuesta a distintos niveles de contaminantes, No observamos diferencias estadísticamente significativas.

Discusión. Los niveles medios de contaminantes no son elevados si los comparamos con otros estudios. Las diferencias las encontramos a nivel global con mayor riesgo de mortalidad para zonas ex-

puestas e incremento de incidencia de EPOC y Cáncer de pulmón, pero sin significación estadística en zonas expuestas. Las diferencias espirométricas de FVC tiene que ver más con deterioro crónico, y para FEV1, sólo se detectó leve deterioro relacionado con la cercanía al complejo petroquímico.

Conclusiones. 1. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas de incidencias de EPOC, Neumoconiosis y Cáncer de Pulmón, según zona de residencia, sometida a diferentes niveles de contaminantes, dentro de la cohorte expuesta de Puertollano. 2. El estudio espirométrico, encontró diferencias significativas para FVC pero no así para FEV1. 3. Se aprecian mayor incidencia de EPOC y Cáncer de Pulmón en medio urbano comparado con medio rural, pero sin significación estadística. 4. La tasa bruta de Cáncer de pulmón en nuestra area Asistencial es de nivel Medio, situándose en Nivel Alto para tasas ajustadas a edad y sexo. 5. La mortalidad por cáncer de pulmón fue superior en cohorte expuesta a contaminantes. 6. La existencia de Silicosis, puede comportarse como un factor que establece una Duplicidad del riesgo, por sí solo, para el cáncer de Pulmón, que se suma al tabaquismo.

V-024 SÍNDROME PÁPULO-PURPÚRICO

B. Frutos¹, C. García Donoso², J. Casas¹, E. Castaño², M. Núñez¹, D. Arias², J. Borbujo² y A. Zapatero¹

¹M. Interna, ²Dermatología. Hospital Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Estudio descriptivo de un nuevo espectro clínico de la enfermedad por parvovirus El síndrome pápulo-purpúrico en guantes y calcetín fue descrito en 1990, Es en 1991 cuando se describe la posible asociación con la primoinfección por parvovirus B19, Se caracteriza por fiebre, prurito, edema, y lesiones purpúricas de predominio en partes acras y lesiones en mucosa oral.

Material y métodos. Pacientes atendidos en el Servicio de M Interna durante los meses de Mayo y Junio en Hospital de H Fuenlabrada Madrid Casos clínicos: Caso 1: Varón de 41 años sin antecedentes de interés Ingresó por un cuadro de 4 días de evolución de edema y tumefacción en ambos pies, manos, escroto y aparición de lesiones petequiales con la misma distribución. Fiebre de 40^o, enantema en paladar duro y blando y odinofagia extrema que le impide la deglución. Caso 2: Mujer de 42 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibromialgia reumática. Consultó por edema y tumefacción en ambas manos y pies de 8 días de evolución con aparición posterior de lesiones petequiales en guante y calcetín y exantema morbiliforme en tronco. La paciente presentaba además dolor abdominal difuso inespecífico. En ambos casos se realizaron estudio analítico con sistemático de sangre y bioquímica junto con pruebas serológicas para virus exantemáticos. En ambos casos se realizó biopsia cutánea con estudio por PCR de la secuencia de DNA de virus exantemáticos.

Resultados. Resultados: el estudio hematológico demostró la presencia de leucopenia en ambos casos sin afectación de serie roja. Parámetros de citolisis hepática discreta. Elevación de reactantes de fase aguda. En las serologías se detectó Ig M a los dos días y tres semanas después se detectaron anticuerpos Ig M e IgG. Los hallazgos obtenidos en la biopsia cutánea eran igual a los descritos en la literatura en esta etapa del exantema, por PCR se amplifica parvovirus B19, siendo negativo para otros virus exantemáticos. El tratamiento fue sintomático. La evolución de las lesiones fue hacia la autoresolución, con descamación palmar en ambos casos y normalización de las alteraciones analíticas.

Discusión. Hemos presentado estos dos casos clínicos porque la sospecha clínica y el reconocimiento de ésta entidad como causante de lesiones purpúricas nos permite orientar el diagnóstico desde el servicio de urgencias, evitando ingresos y estudios complementarios innecesarios y tranquilizando al paciente sobre el origen de su enfermedad. La identificación correcta nos puede ayudar a la identificación de posibles brotes.

Conclusiones. Existen diferentes formas de manifestación de la primoinfección por parvovirus B19, desde la asintomática, hasta la anemia aplásica, con un espectro variable que va desde el exantema súbito o quinta enfermedad al exantema pápulo-purpúrico en guante y calcetín que a pesar de haber sido descrita recientemente presenta una progresiva mayor incidencia que obliga a un diagnóstico

diferencial con otras entidades que cursan con fiebre y lesiones purpúricas (vasculitis Schönlein-Henoch meningocemia...) con pronóstico grave.

V-025 NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

J. Rodríguez, S. Suárez, J. Ruiz, A. Conde, P. Melado, O. Sanz y P. Betancor

Medicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

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 10 años se han valorado las metástasis de la pared abdominal, resultando 3 casos que reúnen las características del NMJ.

Resultados. Caso primero: 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 segundo: 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 tercero: 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.

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 anatómopatológico por técnicas no invasivas, bien por PAAF, o bien por biopsia en cuña. 5. Pronóstico ominoso.

V-026 SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO ASOCIADO A SÍNDROME DE HELLP CON INFARTO CEREBRAL

A. Mendizabal¹, M. Montero¹, S. Roig², J. Todolí¹, A. Perales³ y J. Calabuig¹

¹Medicina Interna, ²Neurología, ³Ginecología y obstetricia. La Fe. Valencia.

Objetivos. Presentar un paciente con infarto cerebral y síndrome de HELLP (hemólisis, trombopenia, incremento de transaminasas) como primeras manifestaciones de un síndrome antifosfolípido (SAF)

Material y métodos. Descripción de un caso clínico estudiado en el servicio de Medicina Interna del hospital La Fe de Valencia.

Resultados. Se trata de una paciente de 17 años, gestante de 18 semanas que ingresa para estudio de trombopenia y TTPA (tiempo de tromboplastina parcial activado) alargado. Durante su ingreso presenta un cuadro de disfasia mixta y en la Resonancia magnética se observa un ictus isquémico en región fronto-parietal izquierda. Ante la sospecha de un proceso autoinmune, se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas y corticoides 1 mg/kg/día. Unos días después presenta deterioro de la función hepática con aumento de transaminasas, agravamiento de la trombopenia (42.000/mm³) asociando hipertensión arterial que precisó iniciar tratamiento con labetalol y urapidilo, observando proteinuria y hematuria en el sedimento de orina. Los anticuerpos antinucleares, anticentrómero y anticardiolipina resultan negativos siendo el anticoagulante lúpico positivo. Evoluciona con deterioro clínico y analítico progresivo, HTA (hipertensión arterial) rebelde al tratamiento, trombopenia más marcada y proteinuria con hematuria. Con la sospecha de Síndrome de HELLP asociado al Síndrome antifosfolípido primario, se decide finalizar la gestación ante el riesgo vital de la paciente. Tras la interrupción terapéutica de la gestación la paciente evoluciona de forma progresiva hacia la mejoría tanto clínica como analítica. Se estabiliza desde el punto de vista neurológico quedando una discreta disfasia mixta en tratamiento rehabilitador con logopedia. Las cifras tensionales se normalizan permitiendo

retirar toda la medicación antihipertensiva. Actualmente la paciente se encuentra anticoagulada con Acenocumarol, sin más incidencias clínicas ni analíticas.

Discusión. El Síndrome antifosfolípido se caracteriza por trombosis arteriales o venosas, trombopenia y abortos de repetición. La localización más frecuente de las trombosis arteriales son las arteriales intracraneales, cursando como accidentes isquémicos transitorios o establecidos. Las complicaciones obstétricas son frecuentes en el SAF; la prevalencia de SAF en mujeres con abortos de repetición es de 10% aproximadamente. Otras complicaciones asociadas a SAF son: retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad, sufrimiento fetal e HTA, eclampsia o incluso pre-eclampsia grave. La aparición de un Síndrome de HELLP puede complicar entre un 5 a un 8% de las gestaciones con 1% de mortalidad materna apareciendo preferentemente en el tercer trimestre de embarazo, condicionando la interrupción del embarazo como parte de las medidas terapéuticas utilizadas además de antihipertensivos, terapia corticoidea y transfusión de plaquetas, en función de la gravedad del cuadro. La asociación de SAF con Síndrome de HELLP es un fenómeno poco frecuente y muy grave. En estos casos se desarrolla de forma temprana la HTA y las alteraciones analíticas características de estas entidades. Conlleva una elevada morbi-mortalidad materno-fetal. El manejo de las manifestaciones trombóticas del SAF con tratamiento anticoagulante resulta delicado en presencia de un Síndrome de HELLP que cursa con una trombopenia severa con alto riesgo de sangrado.

Conclusiones. El SAF puede debutar durante la gestación de forma característica, como fenómeno trombótico o problema obstétrico. El Síndrome de HELLP puede ser una primera manifestación ligada al Síndrome Antifosfolípido. El Síndrome antifosfolípido y el Síndrome de HELLP puede asociar el desarrollo de pre-eclampsia más temprana que en la población general. El Síndrome antifosfolípido junto al Síndrome de HELLP supone una elevada morbimortalidad gestacional.

V-027 PATOLOGÍAS ASISTIDAS EN UNA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA

O. Casado Meseguer, M. Torralba Saura, R. Llanos Llanos, M. Gandía Herrero, A. García Rodríguez y F. Herrero Huerta

Medicina Interna. Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. Descripción de las patologías asistidas en una Unidad Médica de Corta Estancia dependiente de un Servicio de Medicina Interna durante los primeros 5 meses de experiencia.

Material y métodos. Los diagnósticos se obtienen a partir de la revisión de todos los informes de alta de los pacientes asistidos en dicha Unidad durante los meses de Febrero a Junio, ambos inclusive.

Resultados. Se asistieron a un total de 537 pacientes (26.18% de los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna), con un índice de ocupación global del 70% sobre 18 camas asignadas y una estancia media global de 3,02. Más de 2/3 de los diagnósticos corresponden a bronquitis aguda, insuficiencia cardiaca, neumonía, gastroenteritis aguda e infección del tracto urinario. Existiendo una diferencia significativa en el número de bronquitis agudas asistidas entre los diferentes meses. El destino al alta fue a consultas externas un 54%, Centro de Salud 35%, traslado de Servicio un 12% y 1% de éxitus letalis.

Discusión. Discusión: El tipo de patologías asistidas en nuestra unidad médica de corta estancia está en función de los criterios de ingreso que se establecieron durante el proceso de creación de la misma, siendo las patologías de mayor prevalencia en los servicios de Medicina Interna (Patología infecciosa aguda no grave así como reagudizaciones de patologías crónicas como EPOC e insuficiencia cardiaca) las más frecuentemente asistidas en nuestra unidad. Existe una diferencia significativa en el porcentaje de pacientes con bronquitis aguda en relación con el mes estudiado, con mayor número de pacientes durante los meses de invierno, dato ya reseñado en la literatura. más de la mitad de los pacientes se consideró que debían revisarse en consultas externas, lo cual se realizó dentro de la primera semana tras el alta.

Conclusiones. Las patologías asistidas en nuestra Unidad se corresponden con los criterios de ingreso que se determinaron en su creación Como era de prever el diagnóstico más frecuente es el de bronquitis aguda (Con EPOC, asma o sin ellos), existiendo una diferencia significativa dependiendo de la estacionalidad del año. El apoyo de una consulta externa ágil es fundamental para obtener unos resultados adecuados.

V-029 MENINGITIS VÍRICA EN EL MATRIMONIO

A. Anía Lahuerta y E. Calvo Begueria

Medicina Interna. Barbastro. Barbastro, Huesca.

Objetivos. Las meningitis víricas permiten un diagnóstico rápido con la clínica y el estudio bioquímico y celular del líquido cefalorraquídeo (LCR). Se caracterizan por síndrome meníngeo con pleocitosis linfocitaria en LCR. El curso es generalmente benigno y favorable y el tratamiento es sintomático. Están causadas por numerosos agentes víricos, siendo los más frecuentes los enterovirus, y entre ellos el Coxsackie y el Echo. Afecta sobre todo a niños, y la transmisión es fecal-oral. En nuestro medio hospitalario, 150 camas, no disponemos de cultivos víricos, enviando el LCR a centros de referencia, retrasando el diagnóstico etiológico, en caso de ser positivo. Esos resultados no suelen modificar el tratamiento instaurado. Presentamos dos casos clínicos de meningitis, que nos resultaron curiosos al aparecer en un matrimonio con dos hijos, afectando solo a los conyuges.

Material y métodos. Ingresa en el Servicio de Medicina Interna un varón de 57 años, sin alergias conocidas, sin antecedentes patológicos de interés y sin medicación habitual. Casado, 2 hijos. Trabaja en la construcción. Presentaba cefalea y fiebre de 4 días de evolución. Exploración física sin nada destacable, sin signos meníngeos. Se realizan hemograma, bioquímica sanguínea, coagulación, análisis de orina, Rx de torax, ECG y TAC craneal, sin presentar variaciones de la normalidad. En la punción lumbar, se extrae un líquido cefalorraquídeo (LCR) claro y con leucocitos: 3.150 mm³, neutrófilos: 1%, linfocitos: 99%, proteínas: 97 g/dl, glucosa: 60 mg/dl. El cultivo de virus neurotrofos en LCR: DNA de Herpes simple, Varicela zoster, Herpes 6, Citomegalovirus y Epstein Barr, fue negativo. Cultivo de LCR bacteriano: negativo. Hemocultivos negativos. Tras 48 horas de buena evolución con tratamiento analgésico, se da el alta hospitalaria. A los 20 días ingresa su esposa, de 52 años, con cefalea, fiebrícula y signos meníngeos evidentes. Se realizan las mismas pruebas que a su marido, sin evidenciarse foco infeccioso extracerebral y normalidad de las analíticas. El LCR era claro y presentaba la siguiente fórmula: leucocitos: 42 mm³, neutrófilos: 22%, linfocitos: 78%, proteínas: 80 g/dl, glucosa: 64 mg/dl. Se instauró tratamiento sintomático, permaneciendo hospitalizada 4 días.

Resultados. El matrimonio fué diagnosticado de meningitis vírica por la clínica, el estudio bioquímico y celular del LCR y la buena evolución del cuadro clínico. A las 4 semanas se recibieron los cultivos negativos. En ellos no estaba incluida la determinación para enterovirus, al no estar protocolizado dentro de la petición habitual, y no realizarse de rutina, por la benignidad del cuadro y ser infrecuente en adultos.

Discusión. La sospecha etiológica es meningitis vírica por enterovirus. De los otros virus neurotrofos, algunos se han descartado por cultivo y otros tienen un ambiente epidemiológico determinado que facilita el diagnóstico, como el virus de la parotiditis. En el ámbito familiar, el virus Coxsackie y Echo suelen introducirlo los niños, que pueden ser asintomáticos, y pueden eliminar el patógeno durante semanas por las heces. Excepcionalmente la transmisión suele ser a través de fómites contaminados. Los adultos pueden haber sido contagiados por sus hijos, o el marido a la mujer.

Conclusiones. 1. La meningitis vírica se diagnostica con la clínica y con una determinación analítica que se realiza en 30 minutos. 2. En la práctica clínica habitual, no deberíamos solicitar cultivos con virus neurotrofos en síndromes meníngeos de buena evolución, a no ser que hubiera dudas diagnósticas y se pudiera utilizar tratamiento antiviral, ya que implica un aumento del gasto sanitario innecesario, sin beneficio del paciente. 3. Certificamos que en el matrimonio también se puede compartir una meningitis.

V-030 AMILOIDOSIS SISTÉMICA EN PAMPLONA (H.V.C.) Y SU ENTORNO

M. Muniesa Zaragoza¹, D. Etxeberria Lekuona¹, M. Arteaga Mazuelas¹, V. Jarne Betrán¹, J. Sánchez Álvarez¹, G. Tiberio López¹, M. Montes Díaz² y A. López Cousillas²

¹Medicina Interna, ²Anatomía Patológica. Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.

Objetivos. Análisis de los casos de amiloidosis sistémica diagnosticados en el ámbito del hospital Virgen del Camino de Pamplona entre los años 1980 y 2002.

Material y métodos. Casos de amiloidosis diagnosticados y recogidos en los archivos del servicio de anatomía patológica del H. Virgen del Camino de Pamplona entre 1980 y 2002, que cumplen criterios clínicos, bioquímicos y/o histológicos de afectación sistémica, clasificados mediante técnicas inmunohistoquímicas. Análisis descriptivo.

Resultados. Se encontraron 20 casos de amiloidosis sistémica (13 varones, 7 mujeres; edades entre 30 y 89 años). Diez de ellos fueron diagnosticados de amiloidosis AL (7 primaria, 3 asociada a mieloma) y otros 10 de amiloidosis AA (3 con artritis reumatoide, 2 con bronquiectasias, 1 con neoplasia sólida, 1 con gammopatía monoclonal y 3 de causa desconocida). La clínica presentada fue muy variable. Los parámetros clínicos (tensión arterial, temperatura y frecuencia cardíaca) y los bioquímicos resultaron heterogéneos en ambos grupos, así como los hallazgos autopsícos. El diagnóstico definitivo se realizó mediante biopsia rectal en 11 pacientes, en otros 4 se realizó biopsia del órgano con afectación más llamativa. Los 4 restantes se diagnosticaron post-mortem. La evolución fue fatal en todos los casos, pudiendo atribuirse la causa del fallecimiento directamente a la amiloidosis en 3 pacientes con AL y en 7 con amiloidosis tipo AA. La supervivencia media tras el diagnóstico fue de 340 días en el subgrupo AL y de 182 en el subgrupo AA.

Discusión. La casuística es escasa, pero permite corroborar la dificultad de su diagnóstico debida a la heterogeneidad de sus manifestaciones, tanto que no permiten identificar un patrón como «típico», ni su clasificación clínica, haciendo necesaria la confirmación y el tipo histológico. Esta disparidad tanto en los parámetros clínicos (tensión arterial, temperatura y frecuencia cardíaca) como en los bioquímicos refleja en gran medida la afectación orgánica subyacente, si bien es de destacar la ausencia de síntomas en muchos otros órganos (cuya afectación fue diagnosticada mediante biopsia). La relación AL:AA difiere de la publicada en estudios con población europea no española (que se describe 1:2), sin embargo, las causas subyacentes encontradas en los pacientes del subgrupo AA sí coinciden. La supervivencia de la muestra navarra afecta de amiloidosis AL fue menor que la publicada en población europea. No hemos encontrado datos sobre amiloidosis AA ya que varía mucho en función de la evolución de la enfermedad de base.

Conclusiones. La muestra navarra difiere del perfil mostrado en otros estudios publicados en: proporción AL:AA menor supervivencia mayor incidencia de clínica digestiva - mayor afectación renal (subgrupo AL).

V-031 CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS POR HIPONATREMIA EN NUESTRO MEDIO

P. Sorni Moreno¹, E. Sánchez Ballester¹, J. Ferrer García², R. Oropesa Juanes¹, J. Pérez Silvestre¹, R. Sanz Vila¹, M. García Fabra¹ y A. Herrera Ballester¹

¹Medicina Interna, ²Unidad de Diabetes y Endocrinología. Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivos. Analizar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes ingresados en nuestro medio por hiponatremia como diagnóstico principal.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo que recoge los ingresos por hiponatremia en nuestro centro en los últimos 5 años. A todos los pacientes se les realizan las exploraciones complementarias de rutina para llegar al diagnóstico. Se analizan la edad, el sexo, la causa de la hiponatremia, la natremia al ingreso y al alta,

la estancia media y el número de casos/año. Los datos se analizaron utilizando el software estadístico SPSS versión 11.0.

Resultados. 57 pacientes fueron ingresados con el diagnóstico principal de hiponatremia en los últimos 5 años. Esto se corresponde con una media de 11.4 pacientes/año, y con el 1% del total de ingresos de nuestro Servicio. La edad media de estos pacientes fue de 74.6 años, con mayor incidencia en mujeres (73.7%). La media del sodio al ingreso fue de 113.8 siendo la causa más frecuente la hiponatremia secundaria a diuréticos (35.1%), seguida de síndrome de secreción inadecuado de ADH (15.8%), multifactorial (10.5%), dilucional (7.1%) y por pérdidas gastrointestinales (7%). En un porcentaje considerable de ingresos (24.6%) la causa de la hiponatremia quedaba sin especificar. La estancia media fue de 5.5 días.

Conclusiones. La hiponatremia ocupa un bajo porcentaje de los pacientes que ingresan en nuestro centro. Habitualmente se trata de un paciente anciano que presenta una hiponatremia grave con el uso de diuréticos como causa más frecuente y con una estancia media corta. En demasiados casos la causa de la hiponatremia no queda bien aclarada en el informe de alta.

V-032 CASO ATÍPICO DE NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE TIPO I QUE INCLUYE UN CARCINOIDE GÁSTRICO TIPO I

M. Rubio Roldán¹, M. Dávila Ramos¹, J. Escobedo Palau¹, M. Vélez Tobarias¹, M. Bethencourt Fera¹, A. Torres Vega¹, C. Rubio Rodríguez¹ y R. Darias Garzón²

¹Medicina Interna, ²Endocrinología y Nutrición. HUNSC. S/C de Tenerife.

Objetivos. Describir un caso atípico de Neoplasia Endocrina Múltiple tipo I que incluye un Carcinóide Gástrico tipo I; el MEN I es un desorden hereditario raro con una prevalencia de un 2x100000 aproximadamente, y sólo en el 15% de los casos incluye un carcinóide gástrico.

Material y métodos. Paciente mujer de 47 años ingresada en el Servicio de Medicina Interna para estudio de clínica gástrica de 8 meses de evolución: dolor epigástrico preprandial, sensación de plenitud postprandial, adinamia, anorexia y pérdida de peso. AP: Hiperparatiroidismo 1º e hiperplasia paratiroidea (Diciembre 2000). AF: sin datos de interés. EF: anodina. PC I: Hemograma: Hb 10,3mg/dL, Hcto 33.6%, VCM 74.7fL, HCM 22,8pg. Bioquímica sérica: Vitamina B12 164 pg/mL, ácido fólico 11.2pg/mL. Hormonas hipofisarias (GH, PRL, ACTH, TSH, FSH y LH): normales. Inmunología: Ac. anticélulas parietales gástricas: positivo, título 1/160, Ac antifactor intrínseco 0,75. Autoinmunidad: Ac. antiperoxidasa: 2.519 UI/mL. Reference Laboratory: cromogranina A 111.2 ng/mL. Gastrina 1762 pg/mL. Test de estimulación de secrecina: respuesta nula. Test de estimulación con comida hiperproteica: aumento de la secreción basal de gastrina por encima del 50%, sugestivo de hiperplasia de células G, con hipergastrinemia 2ª a gastritis crónica atrófica. PC II: Gastroscopia: lesión polipoidea en cuerpo gástrico. Anatomía Patológica: carcinóide gástrico. RM craneal e hipofisaria: microadenoma hipofisario de 2 mm de diámetro. TAC tórax contrastado: granuloma calcificado en parénquima pulmonar del lóbulo superior derecho. RM abdomen: sin hallazgos significativos.

Resultados. La paciente presenta Hiperplasia Paratiroidea: microadenoma adenohipofisis y carcinóide gástrico junto con hipergastrinemia y déficit de vitamina B12 secundarias a gastritis crónica atrófica.

Discusión. Se trata de un caso atípico de MEN I: el microadenoma hipofisario es no funcionante, y el carcinóide gástrico que asocia no es el tipo II, característico de los MEN I, sino que se trata de un carcinóide gástrico tipo I.

Conclusiones. La Neoplasia Endocrina Múltiple tipo I es una enfermedad familiar de carácter autosómico dominante caracterizada por la asociación de varios tumores endocrinos (adenomas y ocasionalmente carcinomas) o hiperplasias endocrinas, por orden de frecuencia: paratiroides (90-95%), islotes pancreáticos (40-80%), hipofisis (30-60%) y otros tumores tales como tumores suprarrenales, lipomas, tumores tiroideos, timomas, carcinoides... Una afirmación consensuada de un grupo internacional de endocrinólogos define el MEN I como la presencia de 2 de los 3 principales tipos tumorales del MEN I (arriba señalados). Según la OMS se reconocen 3 tipos de Carcinoides gástricos. Tipo I asociado con gastritis crónica atrófica.

ca autoinmune (A-CAG). Tipo II asociado con Sd. de Zollinger-Ellison, y tipo III esporádico, no asociado con hipergastrinemia o A-CAG.

Tabla 1. Carcinoma gástrico. Comparación entre el esporádico y el asociado con hipergastrinemia.

| | Esporádico | Con hipergastrinemia |
|----------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Gastritis crónica atrófica | No | Sí |
| Hiperplasia neuroendocrina | No | Sí |
| Genética | No | Sí (MEN) |
| Multifocal | Generalmente único | Sí, múltiples |
| Conducta Tto. | Agresivo, no regresión con tto. | Benigno, regresión con antrectomía |

V-033

NEUROCISTICERCOSIS: REVISIÓN DE CINCO CASOS
C. Rodríguez Gallego, A. García, M. Pedragosa, C. Sanclemente y J. Vilaró

Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona.

Objetivos. Determinar la incidencia de neurocisticercosis (NCC) en nuestro medio. Valorar factores de riesgo asociados a las diferentes características clínicas de los pacientes. Conocer las pruebas diagnósticas y los tratamientos realizados en cada caso.

Material y métodos. Diseño: estudio observacional retrospectivo. Población de estudio: todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna por NCC. Período de estudio: de enero de 1994 a diciembre del 2002. Variables recogidas: edad, sexo, procedencia, forma de presentación, métodos diagnósticos y tratamiento. **Resultados.** Número de pacientes ingresados por NCC: (5). Procedencia: Ecuador (3), Málaga (1), Barcelona (1). Edad: 33.4 años (18-50). Sexo: hombres (3) y mujeres (2). Forma de presentación: cefalea crónica (1), crisis comicial (3) y trastorno de conducta (1). Métodos diagnósticos: a) TAC craneal: sin alteraciones (2) y lesiones características (3); b) RMN cerebral: realizada en 3 casos que confirma el diagnóstico; c) Serología: positiva (2) y negativa (2); d) EEG: normal (1) y alterado (1); e) Punción lumbar: normal (2); f) Radiografía de partes blandas y ecografía abdominal: (1). Tratamiento: albendazol (5), dexametasona (4), fenitoína (3) y cirugía (1). Recidivas postratamiento: (2).

Conclusiones. 1. Es muy difícil determinar la incidencia de NCC en nuestro medio teniendo en cuenta la inespecificidad de las manifestaciones clínicas y de la falta de una prueba diagnóstica fiable, que pueda ser utilizada en estudios epidemiológicos a gran escala. 2. Se aprecia alto riesgo de NCC en pacientes jóvenes con clínica comicial, procedentes del Ecuador (aunque en la bibliografía actual se continúa considerando la NCC como enfermedad endémica en España). 3. Existe una importante infravaloración de la radiografía de partes blandas y ecografía abdominal. 4. En todos los casos se realiza tratamiento con albendazol.

V-034

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE POLIMIOSITIS DERMATOMIOSITIS. ESTUDIO DE SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA
Y. Meije Castillo, R. Méndez Hernández, M. Torralba González de Suso, M. de Vicente Collado, A. Pereira Juliá, E. Martín Echevarría, P. Horcajo Aranda y M. Rodríguez Zapata

Medicina Interna. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. Describir las características demográficas, clínicas, analíticas, biológicas, electromiográficas y anatomopatológicas así como la evolución del Síndrome de Polimiositis/Dermatomiositis (Sd. PM/DM).

Material y métodos. Estudio de serie de casos. Se analizan de forma retrospectiva mediante estudio de las historias clínicas, la serie

de Sd. PM/DM en el Hospital Universitario de Guadalajara durante los años 1993-2005 (12 años).

Resultados. Se diagnosticó el Sd. PM/DM en 11 pacientes, 9 pacientes fueron dermatomiositis y 2 polimiositis (tipo I). De las dermatomiositis, en 6 pacientes fueron idiopáticas (tipo II), una asociada a neoplasia (tipo III), un paciente presentó una DM amiopática y otro asociado a esclerodermia (tipo V). La mediana de edad fue de 65 años (rango: 55-86) con una razón mujer /hombre de 1,75. La clínica fue en general insidiosa oscilando ente 1 y 18 meses hasta el diagnóstico. Todos los pacientes presentaron debilidad proximal bilateral de cinturas escapular, pelviana o de ambas. De los pacientes con dermatomiositis, 5 pacientes presentaron eritema en heliotropo, 2 dilatación de capilares, 2 «manos de mecánico» y 8 exantema de Gottron a nivel de los nudillos. Exantema con distribución según «el signo de la V» o «del chal» se objetivó también en dos y un paciente respectivamente. Desde un punto de vista sistémico, 6 pacientes aquejaban síndrome constitucional, 2 pacientes sufrieron disfagia y otros dos neumonitis intersticial. La asociación con el Sd. de Raynaud se objetivó en los dos casos de PM y en el caso de DM asociada a Esclerodermia. En todos salvo en un paciente se registraron elevaciones de la CK (300-5500) junto con elevación en casi todos de la ALT, AST, LDH y aldolasa. Se observaron títulos positivos para ANA en 5 pacientes, Ac anti Jo-1 y Anti SCL-70 en otros dos pacientes (con Sd. de Raynaud) y un paciente (con Sd. de superposición) respectivamente. Se realizó electromiograma y biopsia muscular en todos los pacientes confirmando afectación muscular primaria salvo en uno (DM amiopática). Todos los pacientes fueron tratados con glucocorticoides a dosis de 1-1,5mg/kg de peso, durante una media de 1 a 2 meses, con buena evolución clínica y analítica en 9 pacientes. Dos pacientes requirieron tratamiento inmunosupresor con azatioprina, metrotexate o inmunoglobulina intravenosa. Dos pacientes fallecieron durante el seguimiento debido a fibrosis pulmonar (síndrome antisintetasa) y otro por su neoplasia de base. Actualmente cuatro pacientes requieren de dosis bajas de prednisona de mantenimiento.

Discusión. La incidencia de nuestra serie así como las características clínicas, biológicas, inmunológicas y anatomopatológicas es similar a la que existe en la literatura, quizá el pico de edad de nuestra serie es más cercano a la séptima década de la vida que a la quinta como se describe en la literatura y la proporción de pacientes mujeres con respecto a hombres no llega a ser el doble como igualmente se refiere en otras series. La mayoría de casos de nuestros pacientes fueron DM y sobre todo DM tipo II. La respuesta a los glucocorticoides fue buena de forma global salvo en 2 pacientes con afectación pulmonar. Menos de la mitad de los pacientes precisan de tratamiento de mantenimiento con Prednisona y la mayoría de los que no lo precisan no han presentado recaídas. En los cinco años posteriores al diagnóstico se han solicitado anualmente técnicas de búsqueda tumoral en los pacientes afectos de DM sin haber encontrado asociación con lesiones malignas en ningún paciente, salvo en uno que presentaba un Adenocarcinoma de colon al diagnóstico de la DM (DM tipo V).

Conclusiones. En nuestra serie la mayoría de los pacientes con Sd. PM/DM fueron de carácter idiopático. La respuesta a tratamiento con glucocorticoides fue buena salvo en los pacientes con síndrome antisintetasa o dermatomiositis asociada a neoplasias.

V-035

¿SIGUE SIENDO EL HIPERNEFROMA «EL TUMOR DEL INTERNISTA»?

M. Chimeno Viñas, L. Arribas Pérez, C. García Gutiérrez, P. García Carbó, V. López Mouriño, L. Palomar Rodríguez, M. Arias Paciencia y F. Martín Cordero
 Medicina Interna. Virgen de la Concha. Zamora.

Objetivos. Clásicamente, el hipernefroma se ha etiquetado como «el tumor del internista» por su diversidad de manifestaciones clínicas y su no siempre fácil diagnóstico. El objetivo de nuestro trabajo fue conocer la situación actual de esta patología en nuestra Sección de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo. Revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Sección de Medicina Interna de nuestro hospital desde Enero de 2004 hasta Julio de 2005. Se seleccionaron y revisaron exhaustivamente las

historias de los pacientes que durante su ingreso hospitalario en la citada Sección fueron diagnosticados de hipernefroma/carcinoma de células renales.

Resultados. Siete pacientes fueron diagnosticados de hipernefroma durante su ingreso hospitalario en nuestra Sección en el periodo del estudio. En la tabla adjunta se muestran los resultados.

Discusión. Coincidiendo con la bibliografía, la mayoría de nuestros pacientes eran varones (5 casos) y aunque la incidencia máxima es entre los 50 y 70 años, nuestra serie tiene una media de edad algo mayor (76 años). Ninguno de los síntomas/signos de la triada clásica (hematuria, dolor abdominal y masa palpable) se evidenció en ninguno de nuestros pacientes. No hubo diferencias en cuanto a la localización (derecha/izquierda). Sólo uno de los pacientes ingresó por síndrome general y anemia; en el resto el hallazgo fue casual o al filiar patologías tan distintas como el hipo incoercible o una trombosis yugulo-subclavia. En todos los casos se realizó TAC. En los dos pacientes con metástasis se desestimó cirugía obtándose por tratamiento paliativo; otra paciente rechazó cirugía y en el momento actual se encuentra pendiente de embolización. En los pacientes en los que se realizó nefrectomía no se ha objetivado recidiva.

Conclusiones. El hipernefroma por su clínica insidiosa y, en ocasiones, abigarrada, y su diagnóstico, muchas veces casual y otras al filiar la tumoración primitiva ante un síndrome paraneoplásico, puede seguir siendo considerado como «el tumor del internista».

Resultados.

| Caso | Sexo | Edad | Motivo ingreso | Triada | Localiz. | Metast. | Tto. |
|------|-------|------|--------------------|--------|----------|---------|----------|
| I | Varón | 68 | ACV | NO | IZQDO. | NO | QCO |
| II | Varón | 66 | Hipo incoercible | N | DCHO. | NO | QCO |
| III | Mujer | 84 | Litiasis biliar | NO | DCHO. | SI | PALIAT. |
| IV | Varón | 74 | S. general | NO | IZQDO. | SI | PALIAT. |
| V | Mujer | 90 | Inf. respiratoria. | NO | DCHO. | NO | EMBOLIZ. |
| VI | Varón | 76 | Pancreatitis | NO | IZQDO. | NO | QCO |
| VII | Varón | 71 | Trombosis venosa | NO | DCHO. | NO | QCO |

V-036

TIROTOXICOSIS EN UNA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE MEDICINA INTERNA. DESCRIPCIÓN DE 27 PACIENTES

L. Gabarro Julia¹, A. Casanovas Martínez¹, B. Artigas Burillo¹, T. Bonfill Abella¹, D. Grau², G. Navarro³, S. Herranz¹ y C. Nogueras¹

¹Medicina Interna, ²Enfermería, ³Epidemiología. Parc Tauli. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Descripción de un grupo de pacientes diagnosticados de tirotoxicosis en una consulta de diagnóstico rápido (CDR) de Medicina Interna. Evaluación de las diferencias significativas según la edad. **Material y métodos.** Análisis retrospectivo de 27 pacientes, de los 5800 vistos en CDR desde Marzo 1998 a Junio 2005, cuyo diagnóstico final fue de tirotoxicosis (n = 27), con TSH inferior a 0,4 por análisis inmuno-radiométrico. Se revisan datos personales, antecedentes familiares, manifestaciones clínicas, exploración física, datos de laboratorio y exploraciones complementarias, así como la procedencia del paciente y el diagnóstico final. Se comparan dos grupos de edad: Grupo A de edad inferior a 50 años y Grupo B de más de 60 años. Posteriormente, se realiza un análisis estadístico, aplicando pruebas x² y Test exacto de Fischer para variables cualitativas y T Student para las cuantitativas.

Resultados. De los 5800 pacientes visitados en CDR, 27 (0,46%) de ellos fueron diagnosticados de tirotoxicosis, de los cuales 17 (63%) eran mujeres y 10 (37%) hombres, con una edad media global de 51,48 años (20-87). Fueron remitidos de atención primaria 10 pacientes (37%), 14 (51,9%) desde urgencias y 3 (11,1%) de otras especialidades. El 18,5% explicaban antecedentes familiares de patología tiroidea. La duración de la clínica fue menor de 1 mes en 9 pacientes (33,3%), de 30 a 90 días en 5 (18,5%), y mayor de 3 meses en 13 (48,1%). Clínicamente, se objetivaron alteraciones

neurológicas en 14 pacientes (51,9%) y bocio palpable en otros 14 (51,9%). Los síntomas predominantes fueron: síndrome tóxico en 17 (63%) y debilidad muscular en 19 (70,4%). Los anticuerpos anti-tiroideos fueron positivos en 17 de los 27 pacientes (63%). La Eco-grafía tiroidea se realizó en 15 casos, de los cuales 11 (40,7%) presentaron bocio multinodular. La gammagrafía tiroidea se efectuó en 20 casos, mostrando diversos patrones de hipercaptación en 18 pacientes. El diagnóstico final fue de Enfermedad de Graves en 12 pacientes (44,4%), de Tiroiditis en 9 (33,3%), de Adenoma Tóxico en 3 (11,1%), de Bocio Multinodular Tóxico en 2 (7,4%), y un caso no filiado. El tiempo medio de diagnóstico fue 9,07 días, sin embargo en 19 de los 27 pacientes, el diagnóstico se efectuó en un sólo día. Comparando los 14 pacientes del Grupo A (< 50 años), con los 8 del Grupo B (> 60 años), sólo se obtuvieron diferencias clínicas estadísticamente significativas en: la presencia de nerviosismo (9/14 del grupo A respecto 0/8 del B, siendo p = 0,003), la frecuencia de fibrilación auricular (0/14 del grupo A respecto 2/8 del B, siendo p = 0,05) y la presencia de bocio palpable (10/14 de A respecto 2/8 de B, siendo p = 0,035). Analíticamente, tuvieron significado estadístico la GPT (47,75 de valor medio en grupo A respecto 19,25 en B, siendo p = 0,018) y la GOT (31 de valor medio en A respecto 18,63 en B, siendo p = 0,051). No hubo diferencias en la etiología, el tiempo de evolución, la presencia de autoanticuerpos, el tiempo de diagnóstico, ni en el resto de variables de laboratorio.

Conclusiones. El diagnóstico de tirotoxicosis en nuestra CDR es poco prevalente. La enfermedad de Graves y las Tiroiditis fueron las etiologías principales. Las formas de presentación más frecuentes fueron el síndrome tóxico y la debilidad muscular. En un alto porcentaje de casos, el diagnóstico se realizó en tan sólo 24 horas. En nuestro estudio, el grupo de pacientes de menos de 50 años presentó con mayor frecuencia nerviosismo, bocio palpable y valores más elevados de GPT, mientras que en el grupo de más de 60 años, la manifestación más frecuente fue la fibrilación auricular. Entre ambos grupos, no hubo diferencias significativas en la etiología, el tiempo de evolución, la presencia de autoanticuerpos ni el tiempo de diagnóstico.

V-037

MASTOCITOSIS SISTÉMICA PUEDE DEBUTAR COMO UNA ENFERMEDAD HEPÁTICA DESCOMPENSADA: EXPERIENCIA CON DOS CASOS

D. Moreno, J. Herrero, J. Quiroga, B. Sangro y J. Prieto

Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona, Navarra.

Objetivos. Mostrar que la mastocitosis sistémica puede debutar clínicamente como una enfermedad hepática descompensada, debiendo ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de este síndrome

Material y métodos. Dos pacientes fueron remitidos al Dpto de Medicina Interna por enfermedad hepática descompensada. Se expone los casos clínicos y el resultado de las pruebas diagnósticas, incluyendo anatomía patológica y el estudio hematológico.

Resultados. Un hombre de 59 años fue ingresado con astenia, ictericia, ascitis y epistaxis de repetición, en los últimos 6 meses. Bebía 150 g/d de etanol, que abandonó por alteración de las pruebas hepáticas 4 años antes. A la exploración presentaba, además, telangiectasias y hepatoesplenomegalia. Analítica: anemia, trombocitopenia, monocitosis y eosinofilia. GOT/GPT normales. FA:1091 y GGTP: 124; Quick 41% Albumina 3,19 Bt: 6,3. Gradiente Alb en liq. ascítico > 1.1. Triptasa sérica: 123. TC abdominal: hígado pseudonodular con adenopatías en hilio y ascitis. Se realizó biopsia hepática que mostró fibrosis portal, infiltrado linfoeosinofílico y metaplasia mieloide (hematoxilina-eosina). Con tinción de Giemsa se observaron abundantes mastocitos. La biopsia de médula ósea demostró infiltración por mastocitos y fibrosis medular. Un hombre de 66 años fue ingresado por síndrome constitucional, fiebre intermitente, ascitis e ictericia. No bebía alcohol. A la exploración presentaba, además, telangiectasias y hepatoesplenomegalia. Analítica: Trombocitopenia, GOT/GPT: normales. FA: 446 GGTP: 183. Bt: 2,5 Quick 43% Albumina 3,8. Triptasa sérica: 85. Extensión sangre periférica: reacción leucoeritroblástica. Gradiente Alb > 1.1. TC abdominal: hepatoesplenomegalia, ascitis y adenopatías retroperitone-

ales. Se realizó biopsia hepática que mostró: metaplasia mioide, fibrosis portal leve e infiltrado linfoeosinofílico. Además, se observaban células de citoplasma claro que tñían con tinción de Giemsa (mastocitos). La biopsia ósea mostró intensa fibrosis medular y focos aislados de mastocitos.

Discusión. La forma más frecuente de mastocitosis es la cutánea. La forma sistémica es poco frecuente y se considera una neoplasia hematológica. En algunos casos, los síntomas no son específicos y no se producen síntomas secundarios a la liberación de histamina u otros mediadores, dificultando el diagnóstico. Éste se basa en la detección anormal de mastocitos en la médula ósea y/o en otros órganos no cutáneos. La hepatoesplenomegalia es frecuente y puede ser la primera manifestación clínica. También puede debutar como una enfermedad colestásica, sin otros signos de enfermedad sistémica, o desarrollar hipertensión portal y ascitis. Los mastocitos son difíciles de detectar por anatomía patológica con la tinción de hematoxilina-eosina, requiriéndose tinciones específicas. La determinación de triptasa sérica es muy útil ante la sospecha clínica. La mastocitosis sistémica puede asociarse a otras neoplasias hematológicas, y manifestarse con alteraciones en sangre periférica (monocitosis, eosinofilia). Puede producir fibrosis medular intensa y metaplasia mioide hepática (aprox. 40%).

Conclusiones. La mastocitosis sistémica puede debutar igual que una enfermedad hepática descompensada y debe ser tenida en cuenta cuando las enfermedades hepáticas más comunes hayan sido descartadas. El consumo de alcohol no excluye la posibilidad de una mastocitosis sistémica. La determinación de tripsina sérica es un buen marcador de mastocitosis sistémica. La mastocitosis sistémica se asocia frecuentemente a trastornos hematológicos. La biopsia hepática requiere tinciones no habituales para demostrar la infiltración por mastocitos. Es frecuente detectar metaplasia mioide. La infiltración ósea suele producir fibrosis medular. La sospecha diagnóstica exige una buena comunicación con el anatomopatólogo, ya que pueden ser necesarios cortes seriados de algunas muestras para demostrar la infiltración por mastocitos.

V-038
ANÁLOGOS DE INSULINA: UN AÑO DE SEGUIMIENTO
S. Iftimie, F. Marimón Cortés, P. Repetto Otaolaurrichi, J. Manzaneres Herruz y P. Sardà Auré
 Medicina Interna. Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Reus, Tarragona.

Objetivos. Evaluar los resultados del tratamiento con análogos de insulina en un grupo de pacientes diabéticos tipo 1 y 2 (DM1, DM2), tratados previamente con insulina humana o hipoglucemiantes orales.

Material y métodos. Estudio naturalista observacional, en pacientes diabéticos adultos visitados en la consulta de diabetología de nuestro Hospital a los que, entre diciembre 2003 y junio 2004, se les modificó su tratamiento antidiabético habitual, substituyéndoseles por análogos de insulina y manteniéndolo al menos durante un año. Los controles fueron los habituales en una consulta externa de diabetología. Las determinaciones analíticas se realizaron en el laboratorio clínico del hospital según el protocolo existente (analítica general cada año con microalbuminuria, aclaración de creatinina, valoración oftalmológica, neurológica y vascular). La valoración de la mejoría

Características de los participantes. (V-038).

| Tipo DM | Edad, años | Duración diabetes, años | Retinopatía, % | Nefropatía, % | Neuropatía, % | Vasculopatía, % | Cardiopatía isquémica, % |
|---------|---------------|-------------------------|----------------|---------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 1 | 39,69 ± 15.18 | 18.18 ± 12.33 | 29,10 | 23,63 | 20,0 | 7,3 | 1,8 |
| 2 | 63.62 ± 9,61 | 14.85 ± 7.97 | 41,9 | 39,39 | 40,6 | 30,3 | 18,2 |

Evolucion de los distintos parámetros. (V-038).

| | Hb A1C, % | Colesterol total, mmol/L | C-LDL, mmol/l | C-HDL, mmol/l | Peso, kg | Hipoglicemias, % |
|-------------------------------|-------------|--------------------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
| Inicial | 7.66 ± 1.26 | 4.83 ± 0,99 | 2.69 ± 0,75 | 1.58 ± 0,42 | 72.58 ± 12.76 | 64 |
| Año | 7.63 ± 1.38 | 4.63 ± 0,81 | 2.48 ± 0,74 | 1.54 ± 0,48 | 72.06 ± 13.38 | 8.18 |
| p (significación estadística) | 0,460 | 0,049 | 0,032 | 0,380 | 0,037 | 0,000 |

de calidad de vida se ha realizado a través del número de hipoglucemias i la valoración subjetiva del enfermo. El estudio estadístico se realizó mediante la prueba del 2 y el t student.

Resultados. Se incluyen 88 pacientes, 55 con DM1 y 33 con DM2; con las siguientes características (tabla 1). Comparando con los iniciales, los valores al año de tratamiento con análogos de insulina son los que se muestran a continuación (Tabla 2). El resultado del nuevo tratamiento es a costa de un aumento en el número de inyecciones diarias de insulina (2.88 ± 1.23 vs 3.18 ± 1.34 inyecciones/día), con un ligero descenso en las dosis de insulina rápida, tanto para el tipo 1 como para el 2 (23.15 ± 15.14 vs 19,07 ± 12.55; 15.33 ± 15.44 vs 8.88 ± 15.56 UI/día).

Discusión. Dado que la cardiopatía isquémica es la causa de mortalidad más importante en el colectivo de diabéticos, los descensos de colesterol total y colesterol-LDL pueden ser positivos en este colectivo. A pesar del mayor número de inyecciones, los pacientes consideran que el grado de bienestar es mayor debido a tres factores: el descenso en el número de hipoglucemias, el descenso del intervalo de las excursiones glicémicas y la mayor libertad en el horario de las comidas. Las dosis menores de análogos de insulina rápida necesarias para el control y el menor número de hipoglucemias pueden haber contribuido al descenso de peso. La PCR selectiva, como marcador de inflamación, no se mide en la clínica habitual. Podría ser interesante añadir este parámetro en futuros estudios para valorar el efecto de los análogos sobre la inflamación.

Conclusiones. La sustitución de insulina humana por análogos de insulina, en los pacientes de una consulta externa hospitalaria de diabetología, ha disminuido el peso, los niveles de colesterol total y colesterol-LDL. La disminución de la incidencia de hipoglucemias junto a parámetros más difíciles de cuantificar, ha mejorado subjetivamente la calidad de vida, a pesar de no existir un cambio en HbA1c.

V-039
PAPEL DESARROLLADO POR EL INTERNISTA EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS
N. Ruiz Giménez Arrieta¹, P. Sánchez Molini¹, T. Isasia Muñoz² y C. Suárez Fernández¹
¹Medicina Interna, ²Urgencias. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Objetivos. Analizar características clínicas, patologías más frecuentes y evolución de los pacientes atendidos por el internista en un Área de Observación del Servicio de Urgencias (AOU).

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional de los pacientes atendidos por el Servicio de Medicina Interna en la AOU del Hospital Universitario La Princesa durante un período de 8 semanas (Octubre-Noviembre 2004). Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica de urgencia: características demográficas, motivo de consulta, horas de estancia total, pruebas complementarias solicitadas, interconsultas, juicio diagnóstico y destino al alta. Se realizó seguimiento clínico de 1 mes de los pacientes que fueron dados de alta, mediante valoración de venidas a urgencias, ingresos y/o asistencia a consultas.

Resultados. De los 126 pacientes recogidos, 77 eran mujeres (61,6%) con edad media de 73,2 años (+/- 19,5; rango: 19-101). El 50% eran mayores de 80 años. La estancia media fue de 32,03

horas (+/- 14,9; rango:8-87). El 58% de los pacientes permanecieron en la unidad más de un día y 14% estuvieron más de 48 horas. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: disnea (18,3%), intolerancia gastrointestinal (15%), fiebre (13,5%), dolor torácico (7,1%), anemia (7,1%) y deterioro funcional (5,6%). La analítica básica, electrocardiograma y la radiografía fueron las pruebas complementarias más solicitadas en AOU (84%). En 31 pacientes (24,6%) se requirió alguna otra exploración además de las anteriores: cultivo de líquido corporal (urocultivo, coprocultivo, hemocultivo; 14,2%), ecografía abdominal (10,3%) y TAC cerebral (3,2%). Los servicios con los que la relación fue mayor fueron: radiología, microbiología y el departamento de Trabajo Social que intervino en el 10% de las altas. Se realizó interconsulta en 7,9% de los pacientes. Al alta del AOSU, los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron: insuficiencia cardiaca (11%), enterocolitis aguda (10,3%), infecciones de vías respiratorias bajas (9,5%), infecciones del tracto urinario (8,7%) y síndromes anémicos (8,7%). Un 15% de pacientes son atendidos en el AOU por iatrogénica farmacológica, siendo los motivos más frecuentes: sobredosificación de anticoagulantes orales (3%), intoxicación digitálica (3%) e insuficiencia renal con trastornos hidroelectrolíticos por diuréticos (4,7%). Ochenta y dos pacientes (65%) fueron dados de alta a domicilio, 35 (27,7%) requirieron ingreso hospitalario (de los cuales, 78% ingresaron en Servicio de Medicina Interna-Infecciosas), 7 (5,6%) se trasladaron a residencias, albergues o unidades de cuidados paliativos, un paciente (0,7%) falleció y otro pidió alta voluntaria (0,7%). Se remitió a consultas externas de especializada a 24% de pacientes. Durante el mes posterior al alta del AOU, 16 (19%) tuvieron que acudir de nuevo a la urgencia, principalmente por la aparición de problemas nuevos, o por evolución desfavorable del cuadro clínico.

Conclusiones. El AOU se comporta como una alternativa a la hospitalización convencional en la que se consigue la estabilización clínica en menos de 48 horas en el 65% de los pacientes atendidos por el internista, con un porcentaje de recaídas de un 19%. Atiende como patologías más frecuentes: la insuficiencia cardiaca, enterocolitis aguda, infecciones de vías respiratorias bajas, e infecciones del tracto urinario en una población de edad avanzada. Es interesante destacar que un 15% de pacientes son atendidos por iatrogénica farmacológica y un 10% requieren la intervención de los trabajadores sociales, siendo un 5,6% de las estancias atribuibles exclusivamente a problemas sociosanitarios.

V-040

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS AUTOINMUNES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

O. Aguado Lorenzo², F. Fernández Monrás², M. Martínez², J. M. Villasenín², R. Coll², R. Salas², P. Torras², C. Fornos², J. Delás², L. Galvany², J. Pelegrí¹ y F. Rosell Abaurrea²

¹Nefrología. Hospital Sagrat Cor de Barcelona. Barcelona.

²Medicina Interna. Hospital Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. Introducción: Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) son un grupo de entidades que se caracterizan por la alteración del tejido conjuntivo como consecuencia de fenómenos de autoinmunidad. Su evolución, muchas veces rápida y fulminante, hace que en la práctica clínica se deban tomar con frecuencia difíciles decisiones en cuanto a la indicación de tratamientos agresivos y urgentes. En un hospital universitario de 300 camas una de las maneras de abordar estas enfermedades es crear una unidad de EAS liderada por uno o más internistas expertos, que adecúe protocolos de diagnóstico y tratamiento y actúe como unidad de referencia en este tipo de patologías. **Objetivo:** describir la prevalencia de este tipo de enfermedades en nuestro hospital valorar la adecuación diagnóstica y las estancias generadas y compararla con la observada al año de funcionamiento de la unidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo comparativo de los pacientes con EAS, atendidos en consultas o unidades de hospitalización de Medicina Interna entre enero de 1998 y junio del 2003 y desde la puesta en marcha de la Unidad de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes entre Junio 2003 y Junio 2004. Ambas muestras se recogieron de forma retrospectiva. Los pacientes se reclu-

ron entre los atendidos en un hospital de 300 camas, de referencia de un sistema sanitario de 250,000 habitantes adscritos a una mutualidad y unas 250,000 personas beneficiarias de la Seguridad Social, de su área de influencia en Barcelona, dotado de consulta ambulatoria. La estratificación se hizo en función de la enfermedad diagnosticada. Se recogieron el número de días de ingreso cuando fueron hospitalizados y, cuando pudieron obtenerse, también el número de visitas efectuadas al servicio de urgencias y a la consulta ambulatoria.

Resultados. Se recogieron 178 pacientes de la primera muestra y 52 en la segunda. Un 70,7% y 70,4% respectivamente fueron mujeres. Del total de las historias revisadas del primer grupo sólo en 97 constaban los datos necesarios para la evaluación y de ellos sólo un 61,8% cumplían los criterios clasificatorios aprobados en la actualidad para cada entidad. En el segundo grupo, pudieron recogerse 50 historias de las cuales, el 88% cumplían los criterios propuestos. El número de diagnósticos y tratamientos efectuados desde la consulta externa sin requerir ingreso fue proporcionalmente mayor cuando se contó con la consulta ambulatoria focalizada a EAS y el ingreso a partir de urgencias fue también menor aunque en ningún caso con diferencias estadísticamente significativas.

Discusión. Con anterioridad a la puesta en marcha de una consulta y una unidad monográficas de enfermedades sistémicas autoinmunes (EAS), los resultados nos muestran que en nuestro servicio de medicina interna, orientado fundamentalmente al diagnóstico de afecciones complejas no filiadas, la arteritis de células gigantes (PM-AT) y Lupus sistémico, fueron, entre las otras entidades proporcionalmente más diagnosticadas. Probablemente debido a su forma de presentación como síndrome constitucional o fiebre, que se hallan entre los más típicos motivos de consulta en un servicio de medicina interna. La evaluación de la adecuación diagnóstica mejoró en las historias evaluadas posteriormente a la creación de la unidad de EAS.

Conclusiones. La creación de una unidad de EAS mejoró la adecuación diagnóstica y disminuyó el número de estancias hospitalarias para los pacientes afectos de estas patologías.

V-041

IAM EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA. CASOS Y CONTROLES

P. Pesqueira Fontán, E. Sánchez García, M. Lamelo Otero y J. de Lis Muñoz

Medicina Interna. Montecelo. Pontevedra.

Objetivos. Estudio comparativo de pacientes con IAM ingresados en MI, frente a los que lo hacen en cardiología. Analizamos diversos parámetros: edad, sexo, antecedentes personales, origen del ingreso, clínica, pruebas complementarias y diagnósticas, estancia media, tratamiento y mortalidad en ambos grupos.

Material y métodos. Se planteó un estudio de casos y controles donde los casos fueron los pacientes con diagnóstico al alta de IAM durante el año 2004 en nuestro servicio de MI (16), y los controles una muestra aleatoria de los pacientes con IAM en el servicio de cardiología de nuestro centro en ese mismo período (32), para lo cual se revisaron las historias clínicas de dichos pacientes.

Resultados. La edad media de los pacientes de MI fue de 83,87 mientras que en cardiología 69,93, siendo estadísticamente significativo. El 57,9% de los casos fueron mujeres frente al 25% de los controles, siendo una diferencia significativa. Se analizó en cada grupo, HTA, DM, dislipemia, tabaco, arteriopatía periférica, EPOC, cardiopatía isquémica previa, ACVA previo y demencia como antecedentes de interés. De todas ellas, sólo resultaron estadísticamente significativas el tabaquismo y el diagnóstico de cardiopatía isquémica. El 100% de los pacientes ingresados en MI proceden del servicio de urgencias, con 14% de estancia previa en UCI y media de 0,81 días, frente a un 75% de los controles, con 85% de paso previo UCI y estancia media 3,12 días, ambos datos significativos. En cuanto a clínica de presentación, 62,5% de casos presentan dolor anginoso de características típicas frente al 93,8% de controles. De los ingresos en MI, 50% presentaban alteración en ECG, 50% CPK elevada y 66,9% Tn I elevada. En el caso de los controles las cifras fueron 67,7%, 67,7% y 71,9% respectivamente. No diferencias significativas. Sólo 24% de los pacientes de MI asociaban clínica compatible, alteración en ECG, CPK y TnI elevadas, frente a un 72% de

los controles, lo cual resultó estadísticamente significativo. La estancia media de MI fué de 9,18 días frente 9,5 de los controles, no hallando diferencias significativas. En cuanto a técnicas complementarias utilizadas en los casos, se realizó ergometría en 6.7%, ecocardiografía 37.5%, eco de esfuerzo con dobutamina y coronariografía en ninguno de los casos, frente a 49%, 78.1%, 34.4% y 75% respectivamente en los controles. El tratamiento al alta en los pacientes de MI incluyó: AAS 80%, clopidogrel 70%, anticoagulación 10%, estatinas 40%, betabloqueantes 30%, calcioantagonistas 30%, nitritos 90%, IECA 20%, ADO/insulinoterapia 30%, frente a 87.5%, 65.6%, 2.5%, 64.5%, 68.8%, 9.7%, 90.6%, 32.3% y 29% respectivamente en los controles. Fallecieron 6 pacientes (37.5%) en el grupo de los casos y ninguno en el de los controles.

Discusión. Los pacientes con IAM que ingresaron en MI, presentan una serie de características que, claramente los diferencian de aquellos que ingresan en Cardiología. El hecho de que tanto la edad media como la comorbilidad asociada estén más elevadas en MI, hace que estos pacientes no sean subsidiarios de técnicas diagnósticas y terapéuticas agresivas, dificultando la optimización del tratamiento y en muchos casos la supervivencia. Los pacientes ingresados en cardiología, en muchas ocasiones proceden de otras unidades de cuidados específicos, como UCI o unidad intervencionista; con diagnósticos claros apoyados tanto por la clínica como por las pruebas complementarias, en oposición a los de MI, que proceden de urgencias con manifestaciones clínicas solapadas y otros diagnósticos de ingreso.

Conclusiones. El grupo de MI se diferencia del grupo de cardiología en los siguientes puntos: Mayor edad y comorbilidad asociadas, así como inversión en la distribución por sexos. Clínica atípica en más del 50%, con un 66% de los casos que ingresan con otros diagnósticos. Proceden del servicio de urgencias, sin cuidados especializados previos, en la mayoría de los casos por falta de diagnóstico correcto o falta de indicación. Escaso uso de técnicas diagnósticas y terapéuticas fundamentalmente por la edad y comorbilidad de los pacientes. Optimización del tratamiento médico más dificultada, en especial betabloqueantes y estatinas. Mayor mortalidad, por todos los factores antes enumerados.

V-042

PARÁLISIS BILATERAL AISLADA DEL VI PAR CRANEAL (MOE) EN TCE CERRADO E HIPÓTESIS ETIOPATOGÉNICA: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

F. Ronda Rivero¹, M. Guàrdia Añada², J. Poquet Jornet³, R. Tomás Puig², J. Fontanals Aymerich⁴, A. Pou Serradell⁵ y J. Comellas Alabern¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva, ³Servicio de Farmacia, ⁴Servicio de Oftalmología, ⁵Servicio de Neurología. Hospital ASEPEYO. Sant Cugat del Valles, Barcelona.

Objetivos. Presentar el caso de tres pacientes con parálisis bilateral (PB) del MOE aparecida tras un traumatismo craneal cerrado, discutir el mecanismo lesional e hipótesis etiopatogénica de esta peculiar manifestación clínica aislada y aportar el curso clínico seguido por los pacientes.

Material y métodos. Caso 1.-Varón 53 años, accidente de tráfico, con TCE, sin pérdida de conocimiento, al ingreso GCS de 15 puntos. Presentaba PB VI par craneal, diplopía a la visión binocular, fracturas múltiples. La TAC craneal mostró hemorragia subaracnoidea (HSA). Radiología y TAC cervical fueron normales. Presentó complicaciones, SDRA, neumonía bilateral. Todas resueltas, a excepción de la PB VI par craneal, siguió curas oclusión ocular alternativas, optándose finalmente por el tratamiento quirúrgico del estrabismo. Caso 2.-Mujer 42 años, accidente de tráfico, con fractura mandíbula y TCE con pérdida de conciencia breve. Presentando PB VI par craneal. La TAC craneal mostraba edema cerebral sin lesiones focales. Ingreso en UCI, recuperó nivel de conciencia a las tres semanas siendo el examen neurológico normal, excepto la PB VI par craneal, la movilidad extrínseca, pupilas y agudeza visual normales. Intervenido a los 12 meses, para corrección de su estrabismo, con mejoría casi completa. Caso 3.-Varón 47 años, precipitado 15 metros, con politraumatismo (traumatismo tórax cerrado, fractura base odontoides, C6 y L4), TCE (CCR), PB VI par craneal. La TAC craneal mostró HSA en tentorio. Se realizó inmovilización or-

topédica cervical y fijación de fractura lumbar. Mejora el estado neurológico, presenta hidrocefalia arreabsortiva colocando derivación ventrículo peritoneal. A los tres meses persistía la PB VI par craneal y se optó a los seis meses por corrección quirúrgica oftalmológica.

Resultados. A los 2-3 meses de los accidentes, el examen neurológico era normal, en todos los casos, salvo la persistencia de la parálisis bilateral (PB) del VI par craneal, que condicionaba dificultad visual (sensación de visión borrosa) por defecto de corrección al central la mirada. El resto de la oculomotricidad, extrínseca e intrínseca, era normal. A los 6-12 meses del accidente (habían seguido curas de oclusión ocular alternante), no se habían modificado la PB del VI par craneal. Se optó entonces por la corrección quirúrgica del trastorno oculomotor residual y se obtuvo un excelente resultado anatómico (corrección del estrabismo convergente) y funcional.

Discusión. Es conocida la lesión del VI par craneal (unilateral) en los TCE (2%), ya sea por lesión en tronco cerebral (fascicular), en su recorrido por la base del cráneo (troncular) o directamente en órbita asociado a lesión del músculo recto interno. La parálisis unilateral remite espontáneamente (a los 6 meses en un 73%). La PB del VI par craneal es mucho más rara y se suele atribuir a fractura de base de cráneo o cervical, asociada a lesión de otros pares craneales. En los casos aportados, excepto en uno, con fractura de odontoides, destaca la selectiva lesión de ambos VI pares asociados a HSA. La PB, con carácter lesional exclusivo residual y la HSA como única manifestación visualizada por TAC craneal (posible «cizallamiento» vascular), sugieren claramente que el mecanismo lesional obedeció a cizallamiento del VI par (troncular) inmediatamente antes de penetrar en el seno cavernoso, al atravesar el canal de Dorello por debajo del ligamento petro-clinoideo, entre la punta del peñasco y el dorso de la silla turca.

Conclusiones. 1) Un TCE cerrado, puede comportar de inmediato y como única secuela, parálisis bilateral y simétrica del VI par craneal. 2) El mecanismo lesional invocado es el «cizallamiento» bilateral del tronco nervioso del VI par craneal al discurrir, adherido por debajo del ligamento petro-clinoideo, en el canal de Dorello. 3) El tratamiento quirúrgico-oftalmológico, realizado después de seis meses de control, es el indicado e ineludible para corregir el estrabismo convergente residual, con buen resultado.

V-044

EPOC: CALIDAD DE TRATAMIENTO EN INGRESO HOSPITALARIO Y AL ALTA

J. Oruesagasti¹, A. Arana¹, T. Castillo¹, O. Garaikoetxea¹, E. Larramendi¹, O. Urbina¹, E. Sánchez¹ y G. Zubillaga²

²Departamento de Medicina. UPV-EHU. ¹Medicina Interna. Hospital Donostia. San Sebastián, Gipuzkoa.

Objetivos. 1) Evaluar la cumplimentación de las Guías de Tratamiento de EPOC en el ingreso. 2) Mortalidad en el hospital. 3) Revisar las Recomendaciones y prescripción del Tratamiento al alta.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (2004-2005) con datos obtenidos de las bases de datos del Archivo del Hospital Donostia. Revisando Historia clínica, tratamiento aplicado e informe de alta de 293 pacientes con diagnóstico de EPOC y/o Insuficiencia respiratoria como diagnóstico principal o preferente, tabulamos los parámetros a estudiar en hoja de cálculo Excel, analizamos resultados y los comparamos con la literatura pertinente.

Resultados. De 293 pacientes estudiados 22 son eliminados por falta de datos. De 271 válidos: varones 208 (77%), mujeres 63; edad media 73.4 años (SD: 12); fallecidos: 21, mortalidad 7.74%; TTO HOSPITALARIO: Oxígeno 90%; Corticoides iv/oral 80%; Beta-adrenérgicos+Parasimpaticolíticos nebulizados 90%; Antibióticos 86.7%; RECOMENDACIONES AL ALTA: no fumar 11.8%; ejercicio 9.6%; dieta y peso adecuado 40%; TTO AL ALTA: Beta-adrenérgicos de larga acción (Salmeterol o Formeterol) 50%; Beta-adrenérgicos de acción corta (Salbutamol) 50%; Parasimpaticolíticos (Bromuro de Ipratropio 38%, Tiotropio 36%); Corticoides inhalados 60%; Teofilinas 2%; Corticoides orales ciclo corto (media 7.3-7.4 días) tras alta 59%, no corticoides orales 32%, corticoterapia oral crónica 3.7%; Oxigenoterapia domiciliaria 27%, con control a 1 y 3 meses para valoración de O₂ crónica.

Discusión. Predominio masculino 4:1. Mortalidad 7.74%. TTO DURANTE EL INGRESO: no todos reciben Corticoides ni Antibióticos

ni Oxigenoterapia puesto que no todos los ingresos son por agudización de EPOC.*Sin embargo todos debieran de recibir Broncodilatadores aún no estando agudizados y sólo lo hacen el 90%.RECOMENDACIONES AL ALTA:*A pesar de la clara relación Tabaco-EPOC sólo en 11% se recomienda no fumar.*Aunque estén demostrados los beneficios que el Ejercicio físico aporta (disminución de disnea, aumento de resistencia,mejora de capacidad cardiopulmonar,bienestar físico y mental),sólo se recomienda en 9,6%.*Señalar que una buena nutrición y un IMC adecuado (21-25kg/m2) garantizan una idónea masa muscular,fuerza y resistencia respiratoria así como un menor deterioro pulmonar y riesgo de infecciones, aún así sólo se aconseja sobre Dieta y Peso en 40%.TTO AL ALTA: Claro déficit de Parasimpaticolíticos, ya que a pesar de que las Guías recomienden su utilización para todos los pacientes con EPOC sólo el 74% los reciben. Todos los EPOC deberían continuar tto permanente con B2 de larga duración y en la práctica no todos son tratados con B2 y entre ellos sólo un 50% reciben los de larga duración. Corticoides inhalados en 60% parece ser suficiente dado la controversia en su efectividad. Indicados en los severos. El uso escaso de Teofilinas (2%) parece razonable al haber sido sustituidas otros fármacos más eficaces y con menos efectos secundarios. El ciclo corto de Corticoides orales de 7días tras alta+ 8 días de estancia media se aplican en 59%.Los de estancia media más larga cumplen tto en el hospital, 3.7% son corticodependientes y en 4% se prolonga más de 20 días. Las indicaciones de Oxigenoterapia domiciliaria en 27% son correctas.La indicación a largo plazo se establece mediante valoraciones a 1 y 3 meses del alta.

Conclusiones. Se objetiva: Utilización insuficiente de Broncodilatadores durante el ingreso. Escasas recomendaciones sobre Nutrición, Peso adecuado, ejercicio físico y Tabaco al alta. Rescripción baja de Betaadrenérgicos al alta:se deberían indicar Beta-adrenérgicos de larga duración a todos y en pauta permanente asociando Corticoides inhalados sobre todo a los severos y máxime si hay componente de hiperreactividad bronquial. Convendría ajustar el uso de Corticoides orales (subrayar la eficacia del ciclo corto). Las indicaciones de O₂ domiciliario son correctas.

V-045

CARACTERÍSTICAS DE LAS ANEMIAS HEMOLÍTICAS AUTOINMUNES: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE 35 PACIENTES

R. Gómez de la Torre¹, J. Menéndez Caro¹, D. Pérez Martínez¹, J. Ferreiro Celeiro¹, C. Quintana López¹, C. Ramas Díez¹ y J. Fernández Bustamante²

¹Medicina Interna. Álvarez Buylla. Mieres, Asturias. ²Medicina Interna. San Agustín, Avilés, Asturias.

Objetivos. Describir las principales características, enfermedad subyacente y evolución de las Anemias hemolíticas autoinmunes (AHAI) con el propósito de reconocer mejor las situaciones en que son signo guía de otros procesos

Material y métodos. Estudio retrospectivo y observacional que incluye 35 pacientes con AHAI atendidos en dos hospitales comarcas entre enero de 2001 y mayo de 2005. Criterios de Inclusión: AHAI caracterizada por hemoglobina < 12 g/dl en varones y < 11 g/dl en la mujer, asociado a test de Coombs directo positivo, o la

presencia de aglutininas frías a título > 1/500, tras haber excluido otras causas de hemólisis.

Resultados. Las características más relevantes de los 35 pacientes estudiados son las siguientes: Sexo: 16 varones y 19 mujeres. Edad media 58 años (16-88). Tipo de AHAI: anticuerpos calientes: 29 (82,9%), anticuerpos fríos: 6 (17,1%). Etiología: Procesos hematológicos 10 (26,6%) (linfoma no Hodgkin 3, leucemia linfoide crónica 3, leucemia netrofilica crónica 1, gammapatía monoclonal 2 y púrpura trombopénica idiopática 1). Colagenosis 9 (25,7%) (artritis reumatoide 2, conectivopatía indiferenciada 2, LES 2, Sjögren 2 y esclerodermia 1). Infección bacteriana 4 (11,4%) (tuberculosis 2 y sepsis por Gram negativos 2). Infección vírica 4 (11,4%) (mononucleosis 2, rotavirus 1 y encefalitis 1) Tumores sólidos: 4 (11,4%) (próstata, ovario, colon y urotelio). Fármacos: 1 (2,85%) por alfa-metilidopa. Hepatopatía: 1 (2,8%). Idiopáticas: 2 (5,7%). El diagnóstico de AHAI precedió al diagnóstico de otra enfermedad en 29 casos (82,8%). La AHAI precedió en 12-24 meses al diagnóstico de los 3 linfomas y de las 3 leucemias linfáticas crónicas de la serie. La patología tumoral sólida fue precedida de AHAI por anticuerpos fríos en dos casos (ovario y colon). Los 4 casos de infecciones víricas se asociaron a AHAI por anticuerpos fríos. Evolución: en 18 pacientes (51,4%) tuvo lugar la remisión del cuadro de AHAI ya bien sea de forma espontánea o tras tratamiento de la causa. La evolución fue favorable en todos los pacientes con AHAI por anticuerpos fríos. Fallecieron 13 pacientes (37,1%): 7 procesos hematológicos malignos, 2 sepsis por gram negativos, 1 tuberculosis, 1 colagenosis, 1 neoplasia sólida y una idiopática.

Conclusiones. Destacamos una incidencia elevada de AHAI secundarias a otros procesos y la heterogeneidad de sus diagnósticos de base. Habitualmente son la forma de presentación de una enfermedad aún no diagnosticada. Preceden en más de un año al diagnóstico definitivo de procesos hematológicos (Linfoma no Hodgkin y leucemia linfática crónica) pudiendo ser igualmente el síntoma guía de tumores sólidos. El pronóstico es llamativamente más desfavorable en las AHAI relacionadas con enfermedades hematológicas y bacterianas. El seguimiento realizado nos permite afirmar el buen pronóstico de las AHAI por anticuerpos fríos, aunque sea la manifestación de un proceso tumoral.

V-046

TRATAMIENTO DE LAS EPÍSTAXIS CON ÁCIDO TRANEXÁMICO EN LA TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA

A. Pérez del Molino¹, R. Zarrabeitia¹, J. Villegas¹, C. Morales², G. Santiago³ y R. Valle³

¹Unidad HHT. Medicina Interna, ²Unidad HHT. Otorrinolaringología, ³Medicina Interna. Sierrallana. Torrelavega, Cantabria.

Objetivos. Valorar la utilidad del ácido (ac) tranexámico oral en las epístaxis secundarias a HHT.

Material y métodos. Se trata de un estudio prospectivo de todos los pacientes vistos en la Unidad de HHT en 3 años (2001-2004). Para el diagnóstico de HHT utilizamos los criterios diagnósticos de Curacao. Se incluyeron pacientes con epístaxis que interferían con su calidad de vida y no presentaban contraindicación para el uso de

Tabla 1. (V-046).

| Edad/sexo | Tipo mutación (gen) | Dosis ac. tranexámico | Periodo utilización (meses) | Transfusiones pre Tto/postTto | Escala de Sadick preTto/postTto |
|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 47/varón | desconocida | 500 mg/12 h | 2 | no/no | III/I |
| 80/varón | endogлина | 500 mg/8 h | 24 | > 5/mes/ < 5/mes | III/II |
| 69/varón | ALK | 1 500 mg/8 h | 25 | < 5/mes/no | III/I |
| 42/varón | ALK | 1 500 mg/8 h | 2 | no/no | II/I |
| 49/mujer | ALK | 1 1.000 mg/8 h | 16 | < 5/mes/< 2/mes | III/II |
| 47/mujer | ALK | 1.500 mg/8 h | 11 | < 5/mes/no | III/I |
| 59/varón | endogлина | 500 mg/8 h | 12 | < 5/mes/< 2/mes | III/II |
| 45/mujer | ALK | 1.500 mg/12 h | 4 | no/no | II/I |
| 78/mujer | ALK | 1.500 mg/12 h | 6 | no/no | II/I |
| 41/mujer | ALK | 1.500 mg/8 h | 4 | no/no | II/I |

ac tranexámico. Se realizó estudio genético. La dosis de ac tranexámico se ajustó según la función renal. Para determinar la eficacia del fármaco se valoró las necesidades transfusionales, la frecuencia e intensidad de las epistaxis según la escala de Sadick (Grado 1: epistaxis menos de una vez a la semana y/o manchado de gotas en un pañuelo, Grado 2: varias veces a la semana y/o pañuelo cubierto de sangre, Grado 3: más de una vez al día y/o es necesario utilizar un recipiente para recoger la sangre) y la satisfacción de los pacientes (I: muy satisfechos a IV: muy insatisfechos), antes y después de tratamiento.

Resultados. Durante el período de estudio fueron vistos 80 pacientes con HHT. 10 pacientes cumplían los criterios de inclusión. Las características de los pacientes y del tratamiento, y la respuesta a este están recogidas en la tabla 1. A destacar que disminuyeron las necesidades transfusionales en los que las precisaron antes del tratamiento y todos mejoraron en la puntuación de la escala de Sadick. Con respecto al grado de satisfacción nueve pacientes están satisfechos o muy satisfechos y una paciente esta insatisfecha. Todos ellos siguen con el ac tranexámico oral y ninguno ha presentado complicaciones relacionadas con el fármaco.

Discusión. Las epistaxis son la manifestación más frecuente de los pacientes con HHT. Múltiples tratamientos han sido utilizados en estos pacientes con eficacia limitada y temporal. Varios autores observaron un incremento de la actividad fibrinolítica en el tejido telangiectásico mediada por un aumento del activador del plasminogeno. Los 10 pacientes de nuestro estudio presentaron una mejoría de las epistaxis con el ac tranexámico, así como una disminución de las necesidades transfusionales. Esto lo conseguimos con dosis bajas del fármaco y ninguno presentó complicaciones con este.

Conclusiones. El ac tranexámico es útil en el tratamiento de las epistaxis de los pacientes con HHT y opinamos que debe ser la 1ª opción terapéutica.

V-047

ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Otero Fernández, O. El Boutrouki, J. Saura, M. Pinazo Delgado, J. Aliqué Capsada y M. Sánchez Fernández
Medicina Interna. Fundació Althaia. Manresa, Barcelona.

Objetivos. Determinar la etiología, metodología diagnóstica y evolución de los accidentes vasculares cerebrales en pacientes menores de 50 años en un hospital comarcal.

Material y métodos. Recogimos datos sobre la forma de presentación, factores de riesgo, metodología diagnóstica, así como tratamiento y evolución de los casos de accidente vascular cerebral en pacientes menores de 50 años ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital en los últimos 20 meses (Enero 2004-Agosto 2005). La inclusión de los pacientes se llevó a cabo mediante selección informatizada de los ingresos con diagnóstico al alta de accidente cerebro-vascular en los últimos 20 meses. Como criterio de exclusión se utilizó únicamente la edad (quedaron excluidos todos aquellos pacientes con más de 50 años en el momento del ingreso). Obtuvimos información de 25 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados. La edad media de presentación fue de 41 años (14-50), siendo el sexo masculino el predominante. Entre los antecedentes patológicos destacan los factores de riesgo cardiovascular: HTA 48%, tabaquismo 44%, diabetes mellitus 12%, dislipemia 2%. Entre otros destacan el consumo de drogas (7.8%), SAHS (8%) y neoplasias (8%). En el 20% de los casos había antecedentes de evento cerebro-vascular previo. El 16% de los casos realizaban tratamiento con antiagregantes y/o anticoagulantes previo al evento. La forma de presentación fue predominantemente de accidente cerebro-vascular isquémico establecido (52%), seguido de AVC isquémico transitorio (32%) y AVC hemorrágicos (16%). Dentro de los AVC hemorrágicos, el 50% fueron debidos a crisis hipertensivas, el 50% restante a malformación arterio-venosa y cardiopatía embolígena (AVC isquémico complicado con sangrado posterior). Entre los AVC isquémicos transitorios destaca el origen valvular (25%), cardiopatía congénita (12.5%), crisis hipertensiva (12.5%), desconocido (50%). De los AVC establecidos, el 15% fueron debidos a estenosis carotí-

dea, el 7% por coagulopatía, 7% cardiopatía congénita, 61% de etiología no filiada. El 40% del total presentaron una recuperación total de la sintomatología, otro 40% se recuperaron parcialmente, el 8% sin recuperación, 4% quedaron con algún tipo de invalidez y el 8% fueron éxitos.

Discusión. Al igual que en los pacientes de edad avanzada, los AVC en pacientes menores de 50 años tienen relación con factores de riesgo cardiovascular, predominando los casos de HTA mal controlada. Un alto porcentaje de ellos (20%) presentaban eventos previos a pesar de medidas de tratamiento antiagregante y/o anticoagulante. Como diferencia más importante, destacamos la evolución. El mayor porcentaje de casos (80%) presentaron una evolución favorable con recuperación total o parcial, a diferencia de pacientes mayores, en los que predomina la escasa o ausente recuperación. Dado el pequeño tamaño muestral, creemos que sería necesario ampliar el estudio para determinar si existen más diferencias con las muestras de pacientes de edad avanzada.

Conclusiones. Los factores de riesgo vascular siguen siendo la principal causa de AVC. Las medidas preventivas van por ello encaminadas a tratar estos factores de riesgo cardiovascular. Entre el resto de etiología destacan las malformaciones arterio-venosas cerebrales y las cardiopatías congénitas. La evolución posterior al evento es más favorable en pacientes de menos de 50 años.

V-048

INSUFICIENCIA RENAL EN EL MIELOMA MÚLTIPLE. ESTUDIO RETROSPECTIVO 1991-2004

A. Chamorro Fernández¹, P. Labrador Gómez², S. Inés Revuelta³, J. García Criado³, M. Del Valle Sánchez³, M. Marcos Martín³, M. Porrero Alfaro³ y E. González Vázquez¹

¹Medicina Interna. Fundación Hospital de Verín. Verín, Ourense.
²Nefrología. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. ³Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. La insuficiencia renal (IR) es uno de los mayores factores pronósticos en la evolución del mieloma múltiple (MM), particularmente en estadios avanzados. Estos pacientes son excluidos habitualmente del tratamiento quimioterápico convencional a altas dosis debido al pobre pronóstico tras el mismo. Aproximadamente el 20-25% de los pacientes con MM desarrollan IR. Con este trabajo se pretende establecer los desencadenantes por los que estos pacientes ingresaron en el Servicio de Nefrología, valorar los resultados analíticos y ver si precisaron tratamiento dialítico, además de determinar la evolución de dichos pacientes.

Material y métodos. Análisis retrospectivo desde 1991 a 2004 de 17 pacientes que ingresaron en el Servicio de Nefrología de un Hospital de 1.000 camas, diagnosticados de MM y con elevación de los productos nitrogenados.

Resultados. La edad media de estos pacientes fue de 71 años (rango 58-84). De ellos un 52,9% presentaban hipertensión arterial y un 17,6% diabetes mellitus. El tipo de MM más frecuentemente implicado fue de estirpe IgG (41,2%), seguidos de IgA (35,3%) y por último IgD (17,6%). En cuanto a los datos analíticos cabe destacar que la creatinina media al ingreso fue de 7,18 mg/dl (rango 2-15 mg/dl) y urea 182,41 mg/dl (rango 42-400). La hemoglobina media fue de 9 g/dl (desv típica 1,63) y presentaban proteinuria el 76,5% de los pacientes, de los cuales el 47,1% era proteinuria de Bence-Jones. Sólo a un paciente se le practicó biopsia renal. Aproximadamente en el 82% de los casos, el motivo de ingreso fue IR aguda, participando como desencadenante la deshidratación en primer lugar (35,3%), seguida de la hipercalcemia (23,5%) y de fármacos nefrotóxicos (11,8%). El 76,5% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento quimioterápico en el momento del ingreso. Este mismo porcentaje se repite en aquellos que precisaron tratamiento dialítico, de los cuales el 100% fue hemodiálisis con una duración media de 4 meses (rango 1-17 meses). La supervivencia tras el ingreso en Nefrología fue 17,92 meses de media (rango 1-120 meses).

Conclusiones. A pesar de ser una serie corta de pacientes, nuestros resultados son similares a los expuestos en otros trabajos publicados, sin embargo, llama la atención el alto porcentaje de MM tipo IgA e IgD que existe en nuestra serie (35,3%) y (17,6%) respectivamente. El mayor desencadenante fue la deshidratación seguido de la

hipercalcemia. El 76% de los pacientes recibió hemodiálisis. Como se ha expuesto, la supervivencia tras el comienzo de la hemodiálisis no supera los 3 años.

V-049

RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA VASCULITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA)

D. Sánchez Cano, I. Aomar Millán, M. Parejo Sánchez, A. Pardo Cabello, C. Tomás Jiménez, F. Navarro Pelayo, J. Callejas Rubio y N. Ortego Centeno

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Servicio de Medicina Interna B. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. La granulomatosis de Wegener (GW) y la poliangeítis microscópica (PAM) constituyen dos formas de vasculitis de pequeño vaso asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Rituximab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra los linfocitos CD20+ que se ha usado con éxito en distintas patologías autoinmunes, entre ellas las vasculitis asociadas a ANCA. Nuestro objetivo es valorar la respuesta al tratamiento con rituximab en 3 pacientes (2 GW y 1 PAM) en seguimiento en nuestra Unidad, utilizando como índice de actividad el BIVAS.

Material y métodos. En la tabla 1 se recogen las características demográficas, los diagnósticos y los tratamientos previos empleados. Se administraron 4 ciclos de rituximab (500 mg/m² i.v) separados 1 semana. El motivo de la utilización de rituximab fue en los 3 casos por ausencia de control de actividad de la enfermedad o aparición de efectos secundarios. La evolución clínica fue muy favorable en todos los casos con negativización de los ANCA, normalización de reactantes de fase aguda y control de las manifestaciones clínicas de actividad de la enfermedad.

Conclusiones. En nuestros pacientes con vasculitis ANCA positivos con brotes graves el tratamiento con rituximab produjo una remisión de la actividad de la enfermedad.

Tabla 1.

| Edad (a) | Sexo | Diagnóstico | Tratamientos previos |
|----------|------|---------------|------------------------------------|
| 63 | V | GW limitada | PD, CYC iv, CYC o, MTX, etanercept |
| 36 | M | GW afectación | SNC PD, MTX |
| 23 | M | PAM | PD, CYC iv, CYC o, AZA, MTX, MMF |

V-050

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO CON DIFERENCIACIÓN HEPATOIDE: DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Granados¹, C. Santos¹, M. Vergara³, L. Fernández², R. Comet¹, C. Pericay², E. Casas¹ e I. Pons¹

¹Medicina Interna, ²Oncología, ³Unidad de Enfermedades Digestivas-Hepatología. Hospital de Sabadell. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Describir las características clínicas, radiológicas y de laboratorio de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico con diferenciación hepatoide.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico con diferenciación hepatoide en los últimos 12 años en nuestro centro que cuenta con una población de referencia de 400,000 habitantes, con 752 camas.

Resultados. Se han diagnosticado 4 casos (3 hombres, edad media 65,25 años [SD 6,13 rango 59-73]). Antecedentes patología digestiva: 0 casos. Manifestaciones clínicas: dolor en hipocondrio derecho 25% (1/4); cuadro tóxico 75% (3/4); anemia microcítica 50% (2/4); alteración biología hepática 50% (2/4); pirosis 50% (2/4). Estadio GE en el momento del diagnóstico: metástasis hepáticas 50% (2/2); metástasis ganglionares 25% (1/4); localizado 25% (1/4). ALFA-FETOPROTEÍNA: 16.277 (SD 19,058 rango 547-41.091). Anatomía patológica: Adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado va-

riante hepatoide 100% (4/4). Inmunohistoquímica: Alfa-fetoproteína 67% (2/3), CEA 100% (3/3), Beta-HCG (0/1). Tratamiento: sintomático 25% (1/1), quimioterapia paliativa (esquema AL-sarraf) 25% (1/1), quimioterapia + cirugía 25% (1/1), cirugía radical 25% (1/1). Evolución: remisión completa 25% (1/4); éxitus 75% (3/4) supervivencia 367 días (SD 461,7 días, rango 82-900 días).

Discusión. El tumor hepatoide es un adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado con características histológicas e inmunohistoquímicas similares al carcinoma hepatocelular. Su rasgo más característico es la producción de alfa-fetoproteína, una proteína propia de la edad fetal y que es producida por algunos tumores. Para el tratamiento de este tumor se utilizan los mismos esquemas de quimioterapia que en el resto de adenocarcinomas gástricos. Su pronóstico es peor que el de éstos últimos, ya que en el momento del diagnóstico suele estar diseminado, presentando metástasis hepáticas. Nuestra serie de casos se ajusta a lo recogido en la bibliografía. De los 4 pacientes descritos todos ellos presentaron niveles elevados de alfa-fetoproteína. Tres de ellos presentaban lesiones hepáticas en el momento del diagnóstico que posteriormente se identificaron como metástasis y en ningún caso se pudo demostrar enfermedad hepática subyacente. Sólo en uno de los 4 enfermos se pudo conseguir remisión completa al tratarse de un tumor localizado, el resto fueron éxitus.

Conclusiones. El tumor hepatoide es un tumor poco frecuente en nuestro medio. En el momento del diagnóstico suele presentarse en la mayoría de los casos con metástasis hepáticas por lo que suele tener mal pronóstico. Se debe sospechar en pacientes con lesiones ocupantes de espacio y alfa-fetoproteína elevada sin antecedentes de enfermedad hepática.

V-051

FUSIÓN DE INFLIXIMAB COMO TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL DE DÍA: DATOS PRELIMINARES

M. del Río Vizoso¹, J. Rascón Risco¹, L. Martín Peña¹, J. Fiter² y L. Espadaler²

¹Medicina Interna, ²Reumatología. Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares.

Objetivos. Describir la administración de Infliximab como tratamiento de la Artritis Reumatoide en un Hospital de Día, determinar la incidencia de efectos secundarios y explicar un modelo de gestión de la infusión de infliximab en una unidad de Hospitalización de Día

Material y métodos. Se inició el estudio el 1/01/2005 incluyendo las infusiones administradas hasta Septiembre del presente año. Los pacientes incluidos en el estudio son aquéllos afectos de Artritis Reumatoide en tratamiento con Infliximab en nuestro hospital. Previamente se descartaron aquellas patologías que impidiesen la administración del medicamento y se determinó la dosis que recibieron los pacientes. Un especialista en Medicina Interna se encargó de citar a los enfermos (cada 8 semanas para los pacientes que ya lo recibían, y en secuencia de inicio de 0-2^a-6^a semana de administración y posteriormente cada 8 semanas en aquellos pacientes que lo iniciaban), medir y pesar al paciente, calcular la dosis, cumplimentar la hoja de petición de fármaco al Servicio de Farmacia, vigilar la presencia de efectos indeseables y tratarlos. Se determinó un tiempo de administración de tres horas y se monitorizaron la tensión arterial y la frecuencia cardíaca al inicio y a los 30, 60, 120 y 180 minutos de administración. Posteriormente los pacientes eran dados de alta si no se habían presentado complicaciones y se citaban para la siguiente infusión

Resultados. la duración del estudio actualmente es de nueve meses. Se incluyeron dieciséis enfermos (catorce mujeres (87,5%)), con edad media de 50 años. Se realizaron un total de sesenta y dos infusiones (3,9 infusiones de media por paciente). Catorce pacientes (87,5%) ya recibían Infliximab en el momento de iniciar el estudio y dos (12,5%) lo iniciaron durante el mismo. Se detectó un episodio (1,61% de las infusiones) de vómitos, dolor abdominal y crisis hipertensiva durante la infusión, que cedió en una hora tras la retirada del fármaco y administración de tratamiento sintomático, en una paciente que recibía el fármaco a dosis de cinco mg/kg. Doce (75%) recibieron el fármaco a dosis de tres mg/kg y cuatro (25%) a dosis de cinco mg/kg. Se retiró el tratamiento por falta de respuesta en un caso (6,25% de los pacientes).

Discusión. El infliximab es un anticuerpo contra el Factor de Necrosis Tumoral que se emplea, entre otras indicaciones, como modificador de la progresión de la Artritis Reumatoide. Su administración es endovenosa, por lo que se utiliza en medio hospitalario (bien sea Hospitalización convencional, Hospital de Día o Unidad de Hospitalización a Domicilio) con personal entrenado en su infusión y en el reconocimiento y tratamiento de los efectos secundarios de la administración del fármaco. La aparición de efectos secundarios inherentes a la infusión es infrecuente, y habitualmente se trata de manifestaciones adversas leves, aunque pueden ser incluso severas (descompensación de cardiopatía subyacente, shock cardiogénico...). En nuestro estudio, tras las infusiones realizadas, hemos encontrado una baja incidencia de efectos secundarios, acorde con lo expuesto hasta ahora en la literatura. Mediante personal de enfermería entrenado, protocolos de actuación y un médico internista encargado del manejo de estas situaciones se puede minimizar el riesgo que conlleva su administración. Su administración en medios distintos de la hospitalización convencional no conlleva mayores riesgos.

Conclusiones. Las reacciones adversas a la infusión de Infliximab son infrecuentes y en su mayoría responden correctamente a la suspensión de la infusión y a tratamiento sintomático. Debido a la vía de administración se requiere atención hospitalaria; una forma de proporcionar tratamiento adecuado puede ser Hospital de Día, con monitorización de las constantes vitales durante la administración y personal conocedor de sus efectos secundarios y su tratamiento. El especialista en Medicina Interna, por su formación multidisciplinar, está capacitado para reconocer y solucionar las manifestaciones adversas que puedan aparecer durante la administración de Infliximab.

V-052 PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE PARA UNA ADECUADA HISTORIA CLÍNICA. EVALUACIÓN Y MEJORA

N. Campillo Guerrero, J. Vicente Calderón, A. Alemán Lorenzo, M. López Poveda, P. Martínez Montiel, E. López Lozano, L. Pretel Serrano y J. Andreo Martínez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. En la entrevista clínica inicial de los pacientes ingresados, se analizan los principales problemas de comunicación, referidos a la información suministrada por el paciente al médico, para la obtención de una historia clínica adecuada. Se valora la repercusión de factores sociales y la implantación de acciones de mejora.

Material y métodos. Para una comunicación adecuada se definen criterios de calidad, unos referidos al paciente (P): P1.- Nivel cognitivo normal. P2.- Habla castellano. P3.- Conoce historia médica (antecedentes, tratamientos, enfermedad actual). P4.- Tiene informes previos; y otros referidos al cuidador (C): C1.- Está presente en primera visita. C2.- Es cuidador principal. C3.- Habla castellano. C4.- Estuvo presente en ingreso. C5.- Conoce historia médica (antecedentes, tratamientos, enfermedad actual). En una primera evaluación, con muestra aleatoria de pacientes ingresados en Medicina Interna, se analiza el cumplimiento de estos criterios y su posible relación con factores sociales (edad, sexo, estado civil, y residencia). Tras implantación de acciones de mejora, se realiza una segunda evaluación y se comparan resultados. (Con estadística descriptiva, estimación de intervalo de confianza, Chi cuadrado, test «t» y Anova).

Resultados. En la 1ª evaluación (195 pacientes), se aprecia cumplimiento completo de P en 23,5 (± 5%) y de criterios: P1 75%, P2 96%, P3 24% (antecedentes 40%, tratamientos 22%, historia actual 61%) y P4 44%. Cumplimiento completo de C en 31,2 (± 6%) y de criterios: C1 75%, C2 73%, C3 98%, C4 88% y C5 43% (antecedentes 54%, tratamientos 49%, enfermedad actual 79%). Cumplimiento completo de P o de C en 42,6 (± 6%). Se aprecia relación significativa de menor cumplimiento, con mayor edad (p < 0,01), sexo femenino (p < 0,05) y estado de viudedad (p < 0,05). Como acción de mejora se establece una hoja informativa recomendando la presencia del cuidador principal, con informes y tratamientos previos, en la primera visita médica. En la 2ª evaluación (32 pacientes), se obtiene cumplimiento completo de P en 43,7 (± 17%) (mejora 20%, p < 0,01), de criterios: P1 71%, P2 93%, P3 53%

(mejora 29%), P4 84% (mejora 40%). Cumplimiento completo de C en 87,5 (± 11%) (mejora 56%, p < 0,001), de criterios: C1 93% (mejora 14%), C2 100% (mejora 27%), C3 100%, C4 100% (mejora 12%), C5 93% (mejora 50%). Cumplimiento completo de P o de C en 90,6 (± 10%) (mejora 48%, p < 0,001).

Conclusiones. 1.- En la primera evaluación se constata comunicación adecuada (cumplimiento completo del paciente o del cuidador) solo en 42% de casos, con niveles bajos de cumplimiento tanto del paciente (23%), con menor cumplimiento de criterios P3 (conoce historia) y P4 (tiene informes previos), como del cuidador (31%), con menor cumplimiento del criterio C5 (conoce historia). 2.- Se aprecia mayor problema de comunicación en pacientes mayores, sexo femenino y estado de viudedad. 3.- Tras aplicar acciones de mejora, en la segunda evaluación se aprecia comunicación adecuada (cumplimiento de paciente o cuidador) en 90% con mejora 48%, cumplimiento del paciente en 43% con mejora 20% y cumplimiento del cuidador en 87% con mejora 56%.

V-053

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN UN HOSPITAL TERCIARIO: SCREENING E INTERVENCIÓN BREVE; UNA NUEVA PERSPECTIVA PARA EL INTERNISTA

A. Solé Tresserres¹, N. Cardoner Álvarez², A. Martínez Gonzalo¹, F. Bolao Baró, R. Pujol Farriols¹ y J. Vallejo Ruiloba²

¹Medicina Interna. ²Psiquiatría. Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Los problemas relacionados con el consumo de alcohol son prevalentes en nuestro medio, sin embargo la detección y el manejo de los mismos son a menudo infravalorados durante el ingreso hospitalario. Los objetivos de este estudio son el «screening» de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en pacientes hospitalizados por este motivo o por otras causas y su manejo (desintoxicación, terapia farmacológica, consejo médico y derivación si precisa).

Material y métodos. Se realizó «screening» mediante el test de AUDIT para bebedores de riesgo a todos los pacientes ingresados en medicina interna (MIR), gastroenterología (GAS) y psiquiatría (PSQ). En los pacientes con AUDIT+ se pasó el test de MALT para evaluar la posible presencia de dependencia alcohólica. Los enfermos con AUDIT+ fueron evaluados por medicina interna, psiquiatría y enfermería para detectar la presencia de problemas médicos y/o psiquiátricos relacionados con el consumo de alcohol y si cumplían criterios de dependencia alcohólica (DSM-IV). Se realizó una breve intervención en los pacientes con AUDIT+ informando de los riesgos del consumo crónico de alcohol. Todos los pacientes con dependencia alcohólica recibieron además de la intervención breve, tratamiento de desintoxicación si procedía. Al alta hospitalaria los pacientes fueron derivados a su médico de atención primaria o a centros especializados (centro de asistencia social o centro de salud mental de zona) para seguir evolución.

Resultados. Entre Octubre del 2002 y Octubre del 2004 se evaluaron 2.563 pacientes consecutivamente. La prevalencia de consumidores de riesgo fue 17% y el 10,5% presentaban criterios de dependencia alcohólica. La prevalencia de dependencia alcohólica fue mayor en el servicio de GAS (21% en GAS vs 7,5% en MIR y 6,1% en PSQ, p < 0,001). Se realizó intervención breve a un total de 336 pacientes hospitalizados: el 40% de los mismos (171 pacientes) fueron derivados a su médico de atención primaria, 22% (95 pacientes) a centros de asistencia social y 9,55% (41 pacientes) a centros de salud mental. De los pacientes que recibieron una derivación específica se realizó un seguimiento telefónico en los diferentes centros para evaluar la adherencia al proceso de deshabitación, el 56% siguieron nuestras recomendaciones e iniciaron el tratamiento. La intervención breve no estuvo indicada en el 30% de los pacientes con dependencia alcohólica debido a comorbilidad asociada y/o mal pronóstico vital.

Conclusiones. Ser bebedor de riesgo y padecer dependencia alcohólica es un hecho prevalente entre una muestra de pacientes hospitalizados en nuestro hospital. El uso de tests sencillos permite detectar pacientes con problemas relacionados con el consumo crónico de alcohol e iniciar un tratamiento efectivo para disminuir

las complicaciones. La intervención breve parece útil en este tipo de enfermos.

V-054

NEUMOMEDIASTINO RELACIONADO CON ESFUERZO FÍSICO EN 3 INMIGRANTES, SUPERVIVIENTES DE UNA MISMA PATERA

X. Álvarez Díaz, R. Morales Sirgado, J. Rodríguez Fernández, P. Melado Sánchez, J. Ruiz Hernández, S. Suárez Ortega y P. Betancor León

Medicina Interna. H. Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. El neumomediastino es una situación clínica rara en su forma espontánea y se explica por el excesivo esfuerzo respiratorio o por existir una predisposición genética. Tres inmigrantes de Malí, que convivieron en una misma patera ingresaron en nuestro hospital, tras realizar grandes esfuerzos en altamar, objetivándose neumomediastino en todos ellos, sin aparente trauma.

Material y métodos. En Mayo de 2005, 3 supervivientes de Malí ingresaron con una semiología uniforme de rhabdomiólisis, deshidratación hipernatémica y fallo renal. En todos ellos se apreció neumomediastino, filiado como espontáneo, vinculable al gran esfuerzo realizado en el mar.

Resultados. Caso primero: Varón de 18 años. CPK máxima (CPK_m): 1565; Natremia máxima (Nam): 175; Creatinina Máxima (Crm): 3.23 mg/dl. La Rx de tórax demuestra neumomediastino y tras estabilización fue dado de alta al 4º día de estancia hospitalaria. Caso segundo: Varón de 21 años. CPK_m: 50188; Nam: 182. Crm: 4.24. La Rx de tórax presenta neumomediastino y condensación, que evoluciona al absceso-empiema pulmonar, precisando drenaje pleural. Fue dado de alta tras estancia prolongada. Caso tercero: Varón de 21 años. CPK_m: 45326; Nam: 165; Crm: 1.25. La Rx de Tórax demuestra neumomediastino y tras estabilización fue dado de alta al 4º día de estancia hospitalaria.

Conclusiones. 1. El neumomediastino es un hallazgo clínico-radiológico a valorar en inmigrantes que han realizado grandes esfuerzos. 2. Salvo que existan procesos coexistentes suele ceder con tratamiento médico.

V-055

DEBILIDAD EN MIEMBROS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PATOLOGÍA SISTÉMICA

A. López de la Osa¹, C. Sánchez Tapia², J. López Cid Fuentes¹ y J. Sánchez Migallón²

¹Medicina Interna, ²Urgencias. Virgen de Altgracia. Manzanares, Ciudad Real.

Objetivos. El síntoma debilidad ó pérdida de fuerza en extremidades, principalmente las inferiores, de evolución subaguda ó crónica puede ser la forma de presentación de multitud de enfermedades. En una consulta de medicina interna general de un hospital comarcal, hasta hace poco tiempo sin neurólogo, el número de pacientes valorados con esta sintomatología es considerable. El objetivo del estudio fue analizar de forma retrospectiva en un período de 5 años, el diagnóstico final, estudios necesarios para llegar al mismo, y evolución de pacientes valorados en una consulta de medicina interna de un hospital comarcal cuyo motivo de consulta inicial fue debilidad en extremidades, y en los que el estudio electromiográfico (EMG), confirmó la existencia de una polineuropatía sensitivo-motora (PNP-SM) de evolución crónica.

Material y métodos. Revisión de Historia clínica, pruebas complementarias realizadas además de EMG, rendimiento de estas pruebas, diagnóstico final y evolución al momento actual de los pacientes valorados en consulta de Medicina Interna por debilidad en miembros inferiores en los que el EMG como prueba inicial mostró la existencia de PNP-SM crónica.

Resultados. Consulta de Medicina Interna semanal que atiende como media 4 pacientes nuevos a la semana además de entre 10 y 14 revisiones de pacientes que generalmente han estado ingresados previamente. Los pacientes nuevos suelen ser remitidos desde urgencias (60%) atención primaria (20%) e interconsulta de otras especialidades (20%). Del total de pacientes nuevos atendidos en 5

años, en 24 el motivo de consulta principal fue la presencia de pérdida de fuerza con/sin parestesias asociadas, de varias semanas de evolución. Se realizaron 14 EMG, de los cuales 10 presentaban hallazgos compatibles con PNP. En 10 pacientes se desestimó el EMG por no encontrarse datos objetivos de PNP, existir otras patologías que justificaban los síntomas (diabetes de larga evolución, artrosis degenerativa, etc), ó negativa del paciente a realizarse la prueba. El resumen de los 10 pacientes con el diagnóstico de PNP es el siguiente: 5 pacientes diabéticos, en 3 de ellos no encontramos otra patología salvo la diabetes de larga evolución que justificara la presencia de una PNP. Además encontramos 2 casos de amiloidosis sistémica primaria diagnosticados mediante biopsia de grasa abdominal subcutánea, 1 Lupus eritematoso sistémico, 1 enfermedad celiaca del adulto, 1 enfermedad de Lyme diagnosticada con criterios serológicos y 2 casos de PNP crónica en uno con afectación preferente axonal y otro caso desmielinizante ambos considerados de etiología idiopática. Realizamos 3 biopsias de nervio periférico (ambas amiloidosis y 1 PNP-crónica idiopática) siendo el rendimiento diagnóstico en los 3 casos negativo.

Conclusiones. El síntoma debilidad es relativamente frecuente como motivo de consulta general, la historia clínica y examen físico son fundamentales en el enfoque inicial del paciente puesto que en determinados casos puede ser el síntoma inicial atípico de un proceso sistémico de diversa índole.

V-056

MENINGITIS BACTERIANAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE GUADALAJARA ENTRE 1999 Y 2004

A. Pereira¹, M. Torralba¹, D. Tena², E. Martín Echevarría¹, Y. Meije¹, M. De Vicente¹, M. Ruiz¹ y M. Rodríguez Zapata³

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Hospital Universitario General de Guadalajara. Guadalajara. ³Dpto. Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. Conocer la etiología, la clínica más frecuente, el tratamiento y la evolución de las meningitis bacterianas en pacientes mayores de 10 años en el hospital Universitario General de Guadalajara durante los últimos 6 años.

Material y métodos. Estudio de serie de casos. Para ello se han revisado las historias clínicas de las meningitis diagnosticadas desde el 1 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del 2004. En total se han estudiado 60 casos. Los datos principales que se han recogido son: edad, sexo, antecedentes personales, clínica, exploración, tratamiento, análisis bioquímico y microbiológico del líquido cefalorraquídeo, secuelas y mortalidad.

Resultados. En los últimos seis años se han diagnosticado 60 casos de meningitis, siendo todas adquiridas en la comunidad, con una incidencia de 1,625/100,000 habitantes/año. De todos los casos estudiados, un 56.7% eran meningitis asépticas, un 10% fueron diagnosticadas de meningitis decapitadas, 11.7% tuberculosas (5 casos en pacientes VIH y 1 caso en paciente inmunodeprimido por corticoides) y el 21.6% restante de los casos fueron meningitis bacterianas. Los afectados por meningitis bacteriana fueron varones en un 92.6% de los casos. La mediana de edad era de 43 años, con la siguiente distribución: un 7.7% (1) eran menores de 18 años, un 61.5% (8) tenían entre 18 y 65 años y un 30,8% (4) eran mayores de 65 años. Los síntomas que más frecuentemente presentaban eran: fiebre (100%), alteración del nivel de conciencia (76.9%), cefalea (69,2%), náuseas (61.5%) y vómitos (53.8%). Un 61.5% presentaban rigidez de nuca, siendo más frecuente en pacientes menores de 65 años (p 0,569). Únicamente un 46.2% presentaban signos meníngeos (signos de Kerning y/o Brudzinski), siendo también más frecuente su presencia en menores de 65 años (p 0,308). Las dos etiologías más frecuentes de meningitis fueron por *S. Pneumoniae*, en un 46.2% (6 casos), y por *N. meningitidis*, en un 23.1% (3 casos). También existieron 2 casos de meningitis secundarias a bacteriemia por *S. aureus*, ambos en pacientes mayores de 65 años y ambos con endocarditis sobre válvula nativa, 1 caso de *L. monocytogenes* en un paciente joven, sin antecedentes, de origen peruano, y 1 último caso secundario a *R. conorii*. El microorganismo se aisló en el LCR en todos los casos, salvo en el caso de la fiebre botanosa, en 1 caso de *S. aureus* y en 1 caso de *S. Pneumoniae*. En cuanto a los hemocultivos, también se aislaron en todos los ca-

sos, salvo en el caso de la fiebre botanosa, y en 1 caso de *S. Pneumoniae*. El tratamiento de inicio más frecuente fue la cefotaxima. Únicamente se administraron corticoides desde el inicio en dos pacientes, que presentaban datos de gravedad clínica y que requirieron ingreso en UCI. En cuatro casos se cambió el tratamiento de inicio al conocerse el germen aislado. Un total de tres casos requirieron ingreso en Cuidados Intensivos, 2 casos de *N. meningitidis* (uno de ellos en gestante) y 1 caso de *S. Pneumoniae*. Dos pacientes fallecieron (un paciente joven con meningococemia y un paciente de 73 años con meningitis secundaria a bacteriemia por *S. aureus*). El resto de los casos no presentaron secuelas neurológicas en el seguimiento posterior.

Conclusiones. La incidencia de meningitis bacteriana en nuestro medio es baja. Las causas más frecuentes de meningitis bacteriana son por *S. pneumoniae* y por *N. meningitidis*. La monoterapia con cefotaxima fue el antibiótico de elección. Sólo se administró tratamiento con corticoides al 15% de los pacientes. La mortalidad global fue del 15%.

V-057

HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO EN LA SENECTUD

A. Prieto Vicente, A. Martín Armas, B. Alonso Ortiz, S. Suárez Ortega, J. Artilles Vizcaíno, G. Bautista Suárez y J. Zorzalejos Andes

Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrin. Las Palmas.

Objetivos. El hiperaldosteronismo primario (HPAP) es una causa infrecuente de hipertensión arterial (HTA) en la senectud. Se presentan 6 casos de HPAP detectados en edad geriátrica en una consulta monográfica.

Material y métodos. Mil hipertensos han sido estudiados por HTA refractaria 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 con ARP suprimida tras captopril confirmaron el diagnóstico y tras ello se realizaron pruebas para diferenciar hiperplasia de adenoma. En un caso se realizó en lugar del test de supresión con captopril el test con suero fisiológico intravenoso. Datos obtenidos aplicando RSIgMA y SPSS.

Resultados. En mil hipertensos adultos se demostró HPAP en 30 casos, 6 de los cuales fueron diagnosticados en la edad geriátrica. Las características de los casos en edad geriátrica fueron: edad media de 67.8 años (intervalo 65- 72 años); 3 (50%) eran mujeres. En todos los casos se demostró kaliemia inferior a 4 mEq/l (media de 3.02 mEq/l, rango de 2.2 a 3.71 mEq/l), aldosteronemia elevada (media: 31 mcg/dl, rango de 17 a 65), cociente A/ARP superior a 30 (media de 129, intervalo de 34 a 325) ARP baja y suprimida tras el test del captopril (un caso supresión con s. fisiológico intravenoso) y Kaliuria inapropiada (media de 76.6 mEq/día, con rango de 49-122). En solo un caso pudo detectarse 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 5 de ellos. El HPAP con suprarrenales de tamaño normal se consideró hiperplasia suprarrenal. La suprarrenalectomía se ha realizado en 4 casos, todos por vía laparoscópica. Un paciente con nódulo suprarrenal rechazó la cirugía. Todos los casos han precisado tratamiento antihipertensivo concomitante para el control de la presión arterial y los dos no operados reciben además espirolactona. Comparados con los 24 casos de HPAP en edades inferiores a 65 años (análisis bivariable) 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 afecta 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) como causa de HPAP es más frecuente en la senectud.

V-058

HIPOCITRATURIA FAMILIAR, LITIASIS URINARIA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Martín Armas, S. Suárez Ortega, J. Artilles Vizcaíno, A. Prieto Vicente, A. Conde Martel y P. Melado Sánchez
Medicina Interna. Dr. Negrin. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. La hipocitraturia es un hallazgo frecuente en procesos que cursan con acidosis. Como entidad primaria, con perfil genético, es extremadamente rara. Se manifiesta habitualmente por litiasis urinaria (LU), circunstancia que asimismo se asocia con una elevada frecuencia a hipertensión arterial (HTA). Presentamos 3 casos de hipocitraturia primaria en una familia.

Material y métodos. En una serie de 1000 hipertensos se ha practicado niveles de citrato en orina a todos los afectos de litiasis urinaria hipercalcémica, que no se controlan con tiazidas y descartado el hiperparatiroidismo, encontrándose 5 casos, 3 de los cuales representan a la familia presentada.

Resultados. Caso primero: Mujer de 60 años, con historia de larga evolución de litiasis urinaria y HTA. Se demostró hipercalcemia e hipocitraturia (HH), ésta sin aparente causa (primaria), en varias ocasiones y tras iniciar tratamiento con citrato potásico y alopurinol ha mejorado de sus cifras tensionales y episodios de litiasis clínica. Tras ello se investigó a su descendencia, demostrándose HH en una hija y un nieto. Un segundo hijo tiene clínica de LU recidivante, pero no ha podido ser estudiado por estar en el extranjero. Caso segundo: Mujer de 36 años, hija del caso primero. Había presentado un cólico renal. Se demuestra HTA ligera y HH. Con el mismo tratamiento no ha presentado más episodios clínicos de litiasis. Caso tercero: Niño de 14 años, nieto del caso primero e hijo del segundo. Es estudiado por presentar HTA, demostrándose HH.

Discusión. La hipocitraturia primaria sería sospechada en pacientes con nefrolitiasis hipercalcémica, que continúan formando cálculos, a pesar de la terapéutica con tiazidas. Aunque puede existir como anomalía aislada (10%), lo habitual es que esté asociada a otras causas de nefrolitiasis (50%). En ambas circunstancias lo común es que se demuestre un perfil familiar o hereditario.

Conclusiones. Conclusiones: 1. La hipocitraturia primaria es un trastorno muy raro. 2. Para su diagnóstico deben excluirse otras causas de hipocitraturia. 3. La presentación clínica dominante de estos pacientes está en relación con la litiasis urinaria. 4. La coexistencia con HTA es un hallazgo habitual. 5. El tratamiento se centra en combinar citratos y tiazidas, con lo que mejora la clínica urinaria y la HTA.

V-059

ECOCARDIOGRAMA DE ESFUERZO EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

D. Vinuesa García¹, M. Parejo¹, I. Aomar Millán¹, D. Sánchez Cano¹, E. Moreno², P. Rodríguez de la Fuente², N. Ortego Centeno¹ y J. Callejas Rubio¹

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Estudiar el papel del ecocardiograma Doppler de esfuerzo en el diagnóstico de HTP en este grupo de pacientes.

Material y métodos. Presentamos cuatro pacientes estudiados en nuestra consulta; (dos con esclerodermia difusa y otros dos con esclerodermia limitada (Sd. Crest)), que presentaban disnea y/o alteración de las PFR, con ecocardiograma Doppler de reposo y TACAR torácico dentro de la normalidad. Se realizó en estos pacientes ecocardiograma Doppler de esfuerzo según protocolo WHO y se determinó en el pico máximo de esfuerzo la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP).

Resultados. En la tabla 1 se recogen los datos demográficos de los pacientes estudiados y las PFR de cada uno de ellos. En la tabla 2 se

presentan los resultados, de forma comparativa, del ecocardiograma Doppler de reposo y de esfuerzo.

Discusión. La Hipertensión Pulmonar (HTP) es una complicación frecuente y grave en los pacientes con Esclerodermia. El ecocardiograma Doppler constituye una técnica diagnóstica muy útil en el estudio de la disnea en estos pacientes. Existe un grupo de pacientes con clínica y/o alteraciones en las pruebas funcionales respiratorias (PFR), que presentan ecocardiograma Doppler de reposo y TACAR normales.

Conclusiones. El ecocardiograma Doppler de esfuerzo puede ser muy útil para el diagnóstico de HTP en aquellos pacientes con clínica de disnea y/o PFR patológicas, y que presenten ecocardiograma Doppler de reposo y TACAR torácico sin alteraciones.

Características epidemiológicas.

| | Edad | Sexo | Diagnóstico | Enfermedad | CVF | DLCO | KCO |
|---|------|-------|-----------------|-------------|-------|------|------|
| 1 | 55 | Varón | Julio 2003 | E. difusa | 721 | 58 | 77 |
| 2 | 49 | Mujer | Octubre 2003 | E. limitada | 97,11 | 71,6 | 86,2 |
| 3 | 43 | Mujer | Septiembre 1999 | E. difusa | 1171 | 95 | 81 |
| 4 | 69 | Mujer | Abril 2003 | E. limitada | 1331 | 84 | 78 |

Ecocordio comparativa.

| | Clase NYHA | Fecha eco esfuerzo | PSAP reposo | PASP esfuerzo |
|---|-----------------|--------------------|-------------|---------------|
| 1 | Disnea clase II | 8 de febrero 2005 | 35 | 85 |
| 2 | Disnea clase II | 19 de abril 2005 | 38 | 72 |
| 3 | Disnea clase II | 19 de febrero 2005 | 41 | 75 |
| 4 | Disnea clase I | 8 de febrero 2005 | 35 | 70 |

V-060
MANIFESTACIONES CARDIOLÓGICAS EN LA GRANULOMATOSIS ALÉRGICA DE CHURG-STRAUSS

M. Benticuaga Martínez¹, D. Vinuesa García¹, M. García Jerez¹, E. Moreno Escobar², M. Candel Delgado², C. Tomás Jiménez¹, J. Callejas Rubio¹ y N. Ortego Centeno¹

¹Medicina Interna, ²Cardiología. H. Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Pretendemos poner de manifiesto la importancia de las enfermedades sistémicas en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes con afectación cardiológica, sin factores de riesgo vascular. Especialmente la Granulomatosis alérgica de Churg-Strauss, donde la afección cardiológica es frecuente y grave.

Material y métodos. Pacientes. Caso 1: Miocarditis. Mujer de 30 años con antecedentes de asma bronquial extrínseca con sensibilización a pólenes y parto vaginal eutócico una semana antes. Acude a Urgencias por disnea, tos y expectoración hemoptoica. Se traslada a UCI con sospecha de EAP, presentando en el hemograma una eosinofilia del 39%. Rx Torax: Cardiomegalia con patrón alveolo-intersticial hiliófugaz. Ecocardiograma-Doppler: alteraciones segmentarias de la contractilidad del VI con FEVI 25%. Enzimas miocárdicas elevadas. Se establece el diagnóstico de miocarditis en contexto de Churg-Strauss y se pauta tratamiento con corticoides e Igs i.v en ciclos mensuales durante 6 meses. La evolución clínica fue favorable con FE del VI del 48%. Caso 2: Mio-pericarditis con trombo intramural: Mujer de 17 años con antecedentes de asma bronquial y alergia a pólenes, que consulta por fiebre hipotensión, tos y expectoración hemoptoica. En el hemograma se objetiva eosinofilia periférica (27,6%). Rx de tórax con infiltrado alveolo-intersticial periférico. Ecocardiograma-Doppler: Derrame pericárdico con compromiso hemodinámico y trombo en apex de VI; FEVI en el límite inferior de la normalidad. Se establece el diagnóstico de derrame pericárdico severo y trombo apical en contexto de Churg-Strauss. Se pauta tratamiento con corticoides y bolus de Ciclofosfamida (500 mg/cada 2 semanas) y anticoagulación oral. La evolución clínica fue favorable, con desaparición del derrame y del trombo. Caso 3: IAM. Mujer de 25 años con antecedentes de asma

bronquial, sinusitis y alergia a pólenes. Ingresa en UCI por SCAS-CEST anterolateral, realizándose fibrinólisis. En hemograma eosinofilia del 10,8%. Coronariografía: normal con fenómenos vasoespásticos. Ecocordio: FEVI 41%. Se establece el diagnóstico de Churg-Strauss con afectación de arterias coronarias. Se pauta tratamiento con corticoides y bolus de ciclofosfamida. La evolución clínica fue favorable, no habiendo presentando nuevos eventos isquémicos, con ecocordio de control con FE conservada y aquinesia septoapical.

Discusión. La granulomatosis alérgica de Churg-Strauss es una vasculitis que afecta a vasos de mediano y pequeño calibre. Su gravedad viene condicionada fundamentalmente por la afectación renal, digestiva, del SNC y cardiológica, afectando tanto al pericardio, como el miocardio y las arterias coronarias. Presentamos los casos de 3 pacientes con C-S con distintas manifestaciones cardiológicas, el tratamiento y su evolución clínica.

Conclusiones. La afectación cardiológica en la granulomatosis alérgica de Churg-Strauss es grave, se presenta hasta en el 60% de los casos y es la causa de muerte en casi la mitad de estos pacientes. El tratamiento de elección es la administración de corticoides y ciclofosfamida; en casos de mala respuesta o de miocarditis con disfunción sistólica las Igs pueden ser una alternativa eficaz.

V-061
ESTUDIO DE HEPATOCARCINOMA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M. L. Pérez García, G. Alonso Claudio, R. Merchán Rodríguez, P. Benito García, A. Martín García, S. Bahamonde Cabria, E. Santos Corraliza y A. Jiménez López

Medicina Interna. Clínico Universitario. Salamanca.

Objetivos. Revisar las características de los pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma en el Hospital Universitario de Salamanca durante el periodo de enero de 2000 hasta agosto de 2005.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, revisando las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hepatocarcinoma (HP) al alta. Se estudiaron variables clínicas y epidemiológicas, además de analizar los que realmente cumplieran criterios de HP: anatomía patológica o 2 pruebas de imagen mayores (TC o RMN) o bien 1 prueba junto con valores de AFP > 400 U/ml.

Resultados. De 99 pacientes, el 47% fueron diagnosticados en medicina interna, 34% en digestivo y 19% en otros. El 82,8% fueron varones, edad media 68 años, con un rango entre 82 y 25. Mujeres: edad media de 70 años. El 65% presentaba algún factor de riesgo: 38 enolismo crónico, 14 VHC, 5 VHB, 4 alcohol y VHC, 6 alcohol y VHB y 3, otros; en el 12% de los casos no se halló hepatopatía y en 17% no se realizó estudio. Transaminasas AST: media de 147U/ml y ALT de 75 U/ml. Los niveles de AFP fueron > 20 ng/ml en el 64,6%, media de 15.495 ng/ml, rango 246.520-28.14 y mediana 873.5 Un 11% se diagnosticaron durante el seguimiento de una hepatopatía y un 7% son hallazgos casual. A 39 se realizó estudio anatomopatológico(a.p.), con resultado de hepatocarcinoma en 38. Entre los que no se hizo a.p., 14 pacientes tenían TC y RMN compatibles y 16, TC y AFP > 400 ng/ml. A 31 pacientes que no cumplían criterios no se les hizo otros estudios. Tratamiento recibido, 43% paliativo, 8% cirugía, 4% quimioembolización, 4% quimioterapia, 1% cirugía y quimioterapia y 1% trasplante. Evolución: 56,56% fallecieron al diagnóstico, en 36,36% se perdió el seguimiento, 4,04% viven y 1 está curado.

Discusión. El HP representa el 80-90% de los tumores hepáticos. En nuestro medio está descrita una prevalencia de 10-50 por 100,000 habitantes/año. Encontramos 99 pacientes con el diagnóstico de HC al alta, aunque no todos cumplieran criterios diagnósticos. Entre los servicios de medicina interna y digestivo se repartieron el 81% de los diagnósticos. Casi un 83% eran varones, lo cual puede explicarse por la hepatopatía enólica, mucho más frecuente en este sexo. En nuestro estudio el HC aparece con más frecuencia entre la 6ª y 7ª décadas de la vida. En el 90% de los casos asienta sobre un hígado cirrótico por hepatopatía crónica alcohólica, VHC o VHB, datos que coinciden con nuestro estudio: casi en el 50% había antecedentes de etilismo crónico y casi en el 30% VHB o VHC; llama la atención que en un 17% de los pacientes no se estudiaron posibles factores de riesgo. Síntomas más frecuentes: síndrome

constitucional, dolor abdominal y en el caso de hepatopatía crónica, la descompensación edemato-ascítica. Encontramos un 18% de pacientes que estaban asintomáticos y el diagnóstico se hizo como hallazgo casual o en el seguimiento de su hepatopatía. La proporción de pacientes con AFP > 20 ng/ml fue de un 64%, mayor de lo descrito en nuestro medio (30%); una AFP normal no descarta un HC:19 pacientes con AFP normal se diagnosticaron de HC. En 39,4% se realizó estudio anatomopatológico (a.p.); la rentabilidad fue muy alta: un 97,4% de positivos. Hubo 16 pacientes que ya cumplían otros criterios diagnósticos y sin embargo se les hizo a.p.. Entre los que no se hizo a.p. podemos diagnosticar de HC a 14 pacientes (TC y RMN compatibles) y 16 con TC y AFP > 400ng/ml. En total podrían etiquetarse de HC 68 pacientes (38 con diagnóstico a.p. y 30 con otros criterios). A 31 pacientes que no cumplían criterios no se les hizo otros estudios y por tanto, no podemos diagnosticarlos de HC. Sólo el 17% de los pacientes recibió algún tratamiento que no fuera sintomático. La evolución fue muy desfavorable, con alta mortalidad.

Conclusiones. 1) el HC es un tumor frecuente en nuestro medio, con un pronóstico infausto. 2) Debemos hacer un seguimiento estrecho de los pacientes con factores de riesgo más frecuentes en nuestro medio (alcohol, VHB y VHC) para realizar un diagnóstico precoz. 3) A los pacientes que no cumplan criterios deberíamos realizar otras pruebas para asegurar el diagnóstico.

V-062 PERFIL DE AUTOANTICUERPOS EN LA NEFROPATÍA LÚPICA

M. Faus¹, I. Calatayud¹, E. Romero², A. Camps¹, L. Mico¹, E. Carmona³, A. Mendizábal¹ y J. Calabuig¹

¹Medicina Interna, ²Biopatología, ³Inmunología. La Fe. Valencia.

Objetivos. Comprobar la relación existente entre la presencia de autoanticuerpos anti-dsDNA y anti-Sm y la afectación renal del Lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos. Revisamos una muestra de 188 pacientes, 168 mujeres y 20 hombres, diagnosticados de lupus eritematoso sistémico según los criterios del ACR de 1997. Consideramos como afectación renal la existencia de proteinuria mantenida mayor de 0'5 g/día y/o la presencia de cilindros celulares en el sedimento de orina. El perfil de autoanticuerpos se determinó utilizando inmunofluorescencia indirecta con *Crithidia lucilae* para los dsDNA y ELISA (enzimoinmunoensayo) para los Sm. El análisis estadístico se realizó con SPSS, utilizando el test Chi-Cuadrado.

Resultados. De los 188 pacientes incluidos en el estudio 68 (31%) presentaban afectación renal. En cuanto al perfil de autoanticuerpos, 93 (42%) tenían anti-dsDNA, 80 (37%) anti-Sm y 72 pacientes (33%) ambos anticuerpos. De los 67 pacientes afectados de nefropatía lúpica 44 (66%) tenían anti-dsDNA, 39 (58%) anti-Sm y 36 (54%) ambos autoanticuerpos. El 30% de los pacientes con manifestación renal resultó seronegativo para ambos anticuerpos. La asociación entre la nefropatía lúpica y la presencia de anti-dsDNA y anti-Sm fue estadísticamente significativa con valores de $p < 0'005$ y $p < 0'006$ respectivamente. También fue estadísticamente significativa la relación entre nefropatía y presencia simultánea de ambos autoanticuerpos, con $p < 0'006$.

Discusión. El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que se acompaña de la producción de autoanticuerpos. De hecho, se ha demostrado que estos autoanticuerpos contribuyen directamente a los mecanismos patogénicos de la enfermedad. Los anticuerpos contra el DNA de doble cadena (DNA nativo) han resultado ser, según numerosos estudios, marcadores fidedignos de actividad lúpica. De acuerdo con otros autores también nosotros demostramos una asociación significativa entre la presencia de anti-dsDNA y nefropatía lúpica, así como entre la positividad para anticuerpos anti-ENA, concretamente los anti-Sm (muy específicos de LES) y la afectación renal.

Conclusiones. 1) La prevalencia de los autoanticuerpos estudiados ha sido elevada en nuestra serie de pacientes con nefropatía lúpica. 2) El autoanticuerpo más frecuentemente encontrado en pacientes con afectación renal fue el anti-dsDNA. 3) La relación entre la presencia de ambos anticuerpos y la nefropatía lúpica fue estadísticamente significativa ($p < 0'006$).

V-063 SÍNDROME POEMS. PROBABLE CAUSA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR REVERSIBLE

M. Aguilar Gallego, P. Tarancón Merlo y A. Bolaños Díaz
Medicina Interna. Punta Europa. Algeciras, Cádiz.

Objetivos. Evaluar el síndrome POEMS (Polyneuropathy-Organomegaly-Endocrinopathy-M protein-Skin changes) como causa reversible y por otro lado extraña de hipertensión pulmonar.

Material y métodos. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de Síndrome POEMS en nuestro Servicio desde 1997-2004. Se evaluó: sexo, edad, forma de presentación, criterios iniciales del síndrome, aparición de nuevos criterios, hipertensión pulmonar al ingreso, respuesta al tratamiento, evolución posterior de la hipertensión pulmonar y tiempo de supervivencia.

Resultados. Se encontraron 4 pacientes: 3 mujeres y 1 hombre de edades entre 68-75 años. Tres se presentaron como cuadros edematosos progresivos y el otro como polineuropatía a estudio. Al inicio todos presentaron 2 criterios mayores diagnósticos: Polineuropatía comprobada electrofisiológicamente y pico monoclonal (Ig G lambda en tres e Ig A lambda en uno) sin criterios de mieloma. Por otra parte dos presentaban al diagnóstico diabetes de novo e hipotiroidismo subclínico, otros cambios típicos en la piel y el último hepatosplenomegalia. A lo largo de la evolución las manifestaciones que aparecieron fueron múltiples destacando: todos presentaron criterios de diabetes y en todos se evidenciaron cambios típicos en la piel. En cuanto a la hipertensión pulmonar estaba presente desde el inicio en los cuatro, siendo de grado moderado- muy severo (55-95 mm Hg), mediante estudio ecocardiográfico. En todos se descartaron otras causas de hipertensión pulmonar mediante Angio TAC, gammagrafía de ventilación-perfusión y ecodoppler de miembros inferiores. Se instauró tratamiento standard con Prednisona-Melfalán, desapareciendo los datos ecocardiográficos de hipertensión pulmonar en todos a la cuarta semana. En el seguimiento clínico-ecocardiográfico no se evidenció recidiva de la hipertensión pulmonar en ningún caso. En cuanto a la evolución del resto de la sintomatología: dos enfermos fallecieron en menos de 12 meses por evolución de la polineuropatía y complicaciones respiratorias secundarias, otro falleció por infarto agudo de miocardio y el último sigue vivo a los 5 años del diagnóstico.

Discusión. Debido a la rareza de este cuadro y desconocimiento de su patogénesis, no están definidas unas pautas de tratamiento estandarizadas, no obstante y pese a que no se encuentra entre los criterios mayores para el diagnóstico pensamos que debe investigarse siempre al inicio la existencia de hipertensión pulmonar, la cual en nuestros casos fue muy agradecida al tratamiento empleado y logró mejorar tanto la situación- manejo clínico de nuestros enfermos, así como su calidad de vida.

Conclusiones. 1) Investigar la presencia de Hipertensión Pulmonar desde el inicio. 2) Debido a lo limitado de la muestra no podemos afirmar categóricamente que sea una causa reversible de hipertensión pulmonar, aunque si probable. 3) No existe tratamiento optimizado.

V-064 UTILIDAD DE LOS ANTICUERPOS ANTIGLIADINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

C. de Ancos Aracil, M. Romero Sánchez, J. Canora Lebrato, J. Ruiz Ruiz, A. Sánchez Purificación y A. Zapatero Gaviria

Servicio Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Conocer la utilidad de los Ac antigliadina para el diagnóstico de EC en nuestro Hospital.

Material y métodos. Se analizaron las determinaciones de anticuerpos entre junio 2004 y 2005. En los casos positivos se recogieron variables clínicas y pronósticas. Distinguimos 2 subgrupos: A, Ac antigliadina positivos y B, antiendomiso y antitransglutaminasa positivos. El estudio estadístico se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 11.0.

Resultados. De 1058 determinaciones fueron positivas 114 (10,7%). 51 (45%) varones y 63 (55%) mujeres. El síntoma más fre-

cuenta fue dolor abdominal y diarrea; la anemia y ferropenia las alteraciones analíticas más prevalentes. En el 40% de los pacientes se efectuó biopsia intestinal. De los 17 pacientes que iniciaron tratamiento mejoraron 16. Las manifestaciones clínicas así como las alteraciones analíticas estudiadas excepto la anemia fueron más frecuentes en el grupo B aunque sin encontrarse diferencias significativas (tabla 1). El diagnóstico definitivo de EC se estableció en 17 (31.6% de la muestra), siendo la biopsia positiva en 15 pacientes del grupo B frente a los 2 con Ac anti gliadina positivos (2 = 4.54, p = 0,03).

Discusión. La prevalencia de la EC es 0,5-1% según los estudios de población siendo mayor en algunos grupos (anemia, osteoporosis). El diagnóstico se basa en la conjunción de alteraciones serológicas, histología y respuesta a la retirada del gluten de la dieta. Los Ac anti gliadina son los menos específicos con una sensibilidad comparable a los antitransglutaminasa y antiendomiso y con una importante tasa de falsos positivos. Se siguen empleando como test de screening lo que supone una alta prevalencia de serologías positivas que no se correlaciona con la presencia de enfermedad celiaca. Se demuestra que la utilización de test serológicos específicos son más útiles a la hora de confirmar por biopsia la existencia de EC por lo que la realización de Ac anti gliadina no tendría utilidad.

Conclusiones. La positividad aislada de Ac anti gliadina no detectó más pacientes con EC que en el grupo B. Aunque la sintomatología fue más frecuente en el grupo de Ac específicos, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos. En los pacientes del grupo B se confirmó el diagnóstico de EC en la biopsia intestinal con más frecuencia.

Características clínicas.

| Grupos | A (%) n = 61 | NB (%) n = 53 |
|----------------|-----------------|------------------|
| Esteatorrea | 41 | 50,9 |
| Dolor | 47,5 | 50,9 |
| Astenia | 23 | 28,3 |
| Adelgazamiento | 37,7 | 47,2 |
| Asintomático | 34,4 | 28,3 |
| Anemia | 45,9 | 30,2 |
| Hipocalcemia | 4,9 | 7,5 |
| Folato bajo | 4,9 | 7,5 |
| Transaminasas | 19,7 | 26,4 |
| Ferropenia | 34,4 | 43,4 |

V-065

INFECCIÓN OSTEOARTICULAR POR MICOBACTERIAS

J. López Caleya¹, J. Carro¹, T. Bajo Franco¹, M. Pérez Simón¹, I. De la Iglesia Fanjul¹ y L. Martín Rodrigo²

¹Medicina Interna, ²Área de Atención Primaria. Hospital de León. León.

Objetivos. Evaluar las infecciones osteoarticulares por micobacterias (IOAM) asistidas por una Unidad de Enfermedades Infecciosas en el período enero 2003 -junio 2005.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en los servicios de Traumatología y Neurocirugía del 1-1-2003 al 30-6-2005 con clínica sugestiva y que fueron evaluados por la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Criterios Diagnósticos: **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO** : Clínica sugestiva + cultivo positivo para Micobacterias de material de biopsia (percutánea y/o quirúrgica) o de líquido sinovial. **DIAGNÓSTICO PROBABLE** : 1) Clínica + anatomía patológica compatible 2) Clínica + cultivo positivo en otra localización + imágenes en radiografía simple, TAC y/o RMN compatibles 3) Clínica sugestiva + imágenes sugerentes en técnicas de radiodiagnóstico + Mantoux positivo + evolución favorable con tratamiento.

Resultados. Se registraron 14 pacientes : 6 mujeres (42,68%) y 8 hombres (57,14%). La media de edad fue de 73,28 años (Rango:38-90). Enfermedades de base : Diabetes (2) ,Gastrectomía (1), Resección de colon (1), consumo de alcohol (1), Síndrome Mielodisplásico (1), TBC pulmonar activa (1). la forma clínica más habitual

fue la osteomielitis vertebral (OV) en 7 /14 casos. Localización : Torácica 5/7 casos (71,4%), Lumbar 1/7 casos, Cervical 1/7 casos. Espondilodiscitis 6/7casos (85,7%). En 3 casos se objetivó absceso paravertebral. Otras localizaciones fueron : Cadera 3/7 casos (43%),carpo con 2 casos,codo con un caso, tobillo con un caso y rodilla con un caso (este paciente presentó simultáneamente afectación vertebral). La clínica más habitual en la OV fue dolor (100%) y fiebre/febrícula registrada en 7/14 pacientes (50%). Intervalo desde el inicio de la clínica hasta el diagnóstico fue de 10,2 meses (R:1,5 - 36) no pudiendo puntualizarse en un sólo caso. Laboratorio : ningún paciente presentó leucocitosis y la VSG media fue de 52 (R:5 - 120) y la PCR de 45 (R:1-198) no registrándose en 4 y 3 casos respectivamente. El Mantoux fue positivo en 8 casos (57,2%). Cultivo fue positivo en 9/14 casos (64,2%); Mycobacterium tuberculosis en 6 casos (42,85%), M. bovis en un caso (carpo), M. fortuitum en un caso y M. wollinskyi en un caso (ambas con infección sobre prótesis de cadera). Hubo 3 cultivos que fueron negativos y en 2 casos no se realizaron. Tratamiento : Médico durante 12 meses; Quirúrgico en 5 pacientes,3 casos de OV y 2 casos de intervención sobre prótesis de cadera infectada.

Discusión. La afectación osteoarticular con dolor crónico junto con ausencia de fiebre/febrícula en el 50% de los casos explica el retraso en el diagnóstico,que en nuestro estudio es de 10,2 meses de media desde el inicio de los síntomas hasta que se establece el mismo.

Conclusiones. 1) La forma clínica más frecuente de IOAM fue la osteomielitis vertebral (Mal de Pott) con un 50% de los casos,siendo la localización torácica la más frecuente. 2) En los casos de IOAM no vertebral la presentación más frecuente fue la monoartritis con afectación de cadera en 3/7 casos. 3) Dos casos de infección de prótesis de cadera fueron de adquisición nosocomial y producidas por micobacterias atípicas. 4) La IOAM se presentó en pacientes de edad avanzada con predominio de sexo masculino,existiendo un intervalo prolongado (10 meses) entre el inicio de la clínica y el diagnóstico.

V-066

SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA (SIADH) INDUCIDO POR CITALOPRAM

M. Morán Rodríguez, A. Martín Ezquerro, A. Gil Martín, C. Pérez Tárrago, A. Blanco García, I. Ceballos Barón, S. González Quijada y C. Dueñas Gutiérrez

Medicina Interna. General Yagüe. Burgos.

Objetivos. Comunicar que Citalopram puede ser causa de SIADH y la necesidad de Controlar la natremia en los pacientes que reciben este tratamiento.

Material y métodos. Presentación de un caso y revisión de la literatura: Medline 1990-2005; palabras clave: citalopram and inappropriate adh syndrome; y boletín informativo del Centro de Farmacovigilancia de Madrid publicado en diciembre de 2003.

Resultados. En Medline se han encontrado sólo dos casos publicados en España. En el Boletín se notificaron hasta 2003 ocho casos de hiponatremia o SIADH secundarios a Citalopram. Caso clínico: mujer de 85 años con antecedentes de Hta y dislipemia en tratamiento con ieca y estatina. Además, desde hace 2 meses, Citalopram y lorazepam por depresión. Ingresó por cuadro de malestar general y alteración leve del nivel de conciencia de 48 horas de evolución. Euvolémica a la exploración. Natremia: 115, natriuria: 92, osmolalidad plasmática: 264, osmolalidad urinaria: 336, ácido úrico en el límite inferior de la normalidad. Función renal, ph, h. Tiroideas y cortisol basal normales. Cea, ca 19,9, afp, ca 125, ca 15,3 y b2 microglobulina negativos. Mantoux y bk en esputo Negativos. Tac craneal, ecografía abdominal-urológica y tac toraco-abdominopélvico sin hallazgos significativos. Se suspendió el Tratamiento con citalopram, manteniendo lorazepam, ieca y estatina. Se inició Restricción hídrica y dieta hiperproteica con sal. La sintomatología desapareció progresivamente y se normalizaron las alteraciones analíticas que presentó al ingreso.

Discusión. El SIADH es la causa más frecuente de hiponatremia con volumen extracelular normal. Existe disminución de la osmolalidad plasmática, osmolaridad urinaria relativamente alta, natriuria elevada, función tiroidea, renal,suprarrenal, metabolismo del potasio y equilibrio ácido-base normales. Sus principales causas son tu-

mores, enfermedades neurológicas y pulmonares y diversos fármacos. Es una complicación rara del tratamiento por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (isrs), estimándose que uno de cada doscientos pacientes por año lo desarrollan, siendo posiblemente el mayor porcentaje secundario a citalopram. No se conoce el mecanismo patogénico. El riesgo es mayor en ancianos, mujeres y pacientes con bajo peso. En la mayoría de los casos la hiponatremia ocurre en el primer mes del tratamiento, aunque como en nuestro caso, puede objetivarse posteriormente.

Conclusiones. Citalopram es un ISRS prescrito con frecuencia en los ancianos con síndrome depresivo. El SIADH secundario a Citalopram es una complicación inusual, aunque potencialmente grave, y que puede ocurrir incluso tras varias semanas de su inicio. Por tanto, se recomienda realizar seguimiento de la natremia en estos pacientes, y no sólo durante el primer mes de tratamiento.

**V-067
PREVALENCIA DE LA AFECTACIÓN PULMONAR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE**

E. Buxo Orra¹, M. Rodríguez Carballeira¹, F. Moyá², G. Badosa¹, L. Esteban³ y J. Garau Alemany¹
¹Medicina Interna, ²Reumatología, ³Neumología.
Mutua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. La afectación pulmonar en el curso de Artritis Reumatoide (AR) puede ser atribuida a la propia enfermedad o al tratamiento, especialmente Metrotexato (MTX). Pocos estudios valoran su prevalencia, forma de presentación y evolución. El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar la prevalencia de la afectación pulmonar en pacientes con AR, sus características clínicas, espirométricas, radiológicas, su evolución y respuesta al tratamiento.

Material y métodos. De forma prospectiva durante 9 meses, a todos los pacientes con AR controlados en nuestro centro se les efectuó una radiografía de tórax y un estudio funcional respiratorio, incluyendo espirometría, volúmenes pulmonares y difusión (DLCO). En caso de hallar alguna alteración radiológica de dudosa significación se practicó una TAC torácica. Se les recogieron datos demográficos, las características clínicas relativas a su enfermedad de base y a la posible afectación respiratoria.

Resultados. Se estudiaron 70 pacientes con AR con una mediana de evolución de 9 años (extremos 1-33); un 64% eran mujeres, un 20% fumadores y la edad media era de 58 (DE 15) años. El 66% seguía tratamiento con MXT. El 40% se hallaba en remisión. El 20% había presentado complicaciones extraarticulares, la más frecuente fue el Síndrome de Sjögren (10%). El 47% presentaban erosiones articulares y el 14% era portador de prótesis. El 70% tenían factor reumatoideo positivo. En el momento del diagnóstico la media de VSG era de 34 mm 1^a h (DE 25), la de PCR de 26 mg/L (DE 42) y en el momento del estudio la de VSG 22 mm 1^ah (DE 17) y la de PCR de 11 mg/L (DE 25). Afectación respiratoria: un 13% de los pacientes referían algún síntoma respiratorio. En 13 casos (19%) existía afectación pulmonar en la Rx simple: mínimos cambios inespecíficos en 10, fibrosis pulmonar avanzada en uno, nódulos en otro y neumopatía intersticial bibasal en otra. Fueron confirmadas con TAC estas dos últimas afectaciones. En otros dos casos se demostraron nódulos periféricos mediante TAC solicitada por otros motivos. En total, por tanto, hay 15 (21%) pacientes con alteración radiológica pulmonar. Ninguno de ellos recibió tratamiento específico sólo seguimiento clínico y funcional; el afectado de fi-

brosis pulmonar avanzada fue éxitus en poco tiempo y el que tenía neumopatía intersticial mejoró con la retirada del MTX. Hay 14 (20%) pacientes con alteración espirométrica: 7 con obstrucción (de los cuales 3 eran fumadores) y 7 restricción (ningún fumador), de los que 6 (86%) tenían alteraciones de imagen. La alteración radiológica no se asoció con los marcadores de agresividad articular de la AR como la existencia de erosión articular (40% vs 49%; p = 0,5) o el haber precisado prótesis (0 vs 18%; p = 0,10), el tiempo de evolución de la enfermedad (10 ± 3 vs 11 ± 8; p = 0,6), la seropositividad (80% vs 67%; p = 0,5), los marcadores de actividad inflamatoria (VSG y PCR), el tratamiento con MTX (73% vs 76%; p = 1), ni con la existencia de complicaciones extraarticulares (13% vs 24%; p = 0,4). Si hallamos asociación con la existencia de síntomas respiratorios (53% vs 2%; p < 0,001; OR 62 IC95%: 7-570), la restricción en la espirometría (31% vs 6%, p < 0,001; OR: 6,3, IC95%:1-39), la disminución en la DLCO (67% vs 24%, p = 0,01; OR 6,3; IC95%:1-39) y la edad de forma que los pacientes con alteración pulmonar eran mayores (65 ± 13 vs 55 ± 14; p = 0,6).

Conclusiones. Uno de cada cinco pacientes con AR presenta afectación radiológica pulmonar. Cuando aparece suele dar síntomas respiratorios y/o alteraciones espirométricas de carácter restrictivo, disminución en la DLCO y es más frecuente en pacientes de mayor edad. No se asocia al tratamiento con MTX, la agresividad, las manifestaciones extraarticulares o al tiempo de evolución de la AR. No suelen requerir tratamiento específico. La afectación pulmonar por MTX es poco frecuente (2%) y se solventa con la retirada del fármaco.

**V-068
UNA FAMILIA CON ENFERMEDAD DE FABRY: ESTUDIO DE LA MICOALBUMINURIA Y PAPEL DE LA ECOGRAFÍA RENAL**

B. Pagán Muñoz¹, M. López Rodríguez¹, J. Gómez Cerezo¹, C. Poyatos Toribio², M. Estébanez Muñoz¹, J. Vázquez Rodríguez¹ y F. Barbado Hernández¹

¹Medicina Interna, ²Radiología. Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Estudiar la microalbuminuria en pacientes con Enfermedad de Fabry (EF), su relación con el tratamiento IECA/ARAII, y determinar la utilidad de la ecografía doppler en la detección y seguimiento de la afectación renal.

Material y métodos. Se estudió una familia con EF (6 M y 2 V), entre Junio 2003 y Julio 2005, diagnosticados de EF por déficit de actividad de Galactosidasa en leucocitos, y análisis genético compatible. Se midieron creatinina y urea séricas, aclaramiento de creatinina, microalbuminuria (0-20 mcg/min), proteinuria (25-150 mg/24 h), y sedimento urinario y se realizó ecografía renal usual y doppler para valorar el índice de resistencia de las arterias interlobares.

Resultados. Se detallan en la tabla 1. En 75% de los casos se detectó microalbuminuria y proteinuria. La cuantía de la albúmina en orina fue similar en todos los casos. Los pacientes con microalbuminuria, excepto el caso 6, estaban en tratamiento enzimático de sustitución (TES). Los enfermos con microalbuminuria iniciaron tratamiento con IECAs/ ARA II según tolerancia. En los casos 1, 6, 7 y 8 hubo disminución de la microalbuminuria. Los pacientes 2 y 6 mostraron un leve incremento de la misma. El estudio ecográfico detectó anomalías en los casos 2 (aumento leve de los índices de resistencia) y 6 (quistes parapiélicos bilaterales). En ningún caso se obtuvieron cilindros, leucocitos o hemáties en el sedimento.

Características y resultados en la población estudiada. (V-068).

| Caso/Sexo | Años | TES (meses) | IECA/ARA II | Microalb. mcg/min ('03/'05) | Doppler |
|-----------|------|-------------|--------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 1. M | 51 | No | Enalapril | 70/40 | Normal |
| 2. M | 55 | 24 m | Enalapril | 26/33.75 | IR dch:0,71 IR izdo: 0,73 |
| 3. M | 27 | No | No | 21.67/19,83 | Normal |
| 4. M | 21 | 48 m | No | 4/4.83 | Normal |
| 5. V | 31 | 48 m | Enalapril | 27.08/34.67 | Quistes parapiélicos bilaterales |
| 6. M | 24 | No | Enalapril | 27.5/20 | Normal |
| 7. M | 48 | 24 m | Enalapril/losartán | 122.5/44.08 | Normal |
| 8. V | 27 | 48 m | Losartán | 63.02/6.50 | Quiste simple dcho. |

Discusión. La microalbuminuria en la EF es secundaria al daño microangiopático renal por depósito de Gb3 una vez descartadas otras causas (HTA, DM). En estos casos, la microalbuminuria responde al tratamiento con IECAs, pero hasta ahora tan sólo un estudio había analizado la eficacia de estos en el tratamiento de la microalbuminuria en pacientes EF, con resultados positivos similares a los obtenidos por nosotros. El doppler renal evalúa los daños de órgano diana (DOD) en pacientes con angiopatía hipertensiva. En pacientes con EF y DOD, no discrimina entre aquellos con y sin lesión renal, pero está alterado en pacientes con escasa respuesta al tratamiento IECA.

Conclusiones. 1. Las tres cuartas partes de los pacientes con EF desarrollan daño renal. 2. Los IECAs y ARA II son eficaces en los pacientes con EF y microalbuminuria. 3. El doppler renal no discrimina entre los pacientes con EF y afectación renal, aunque queda por determinar su relevancia en el seguimiento y predicción de respuesta al tratamiento.

V-069

CAPACITACIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS COMO COORDINADORES DE LAS UNIDADES DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

C. Ocaña Medina¹, F. García Hernández¹, R. González León¹, R. Garrido Rasco¹, A. Martínez Martínez², A. Bautista Lorite³, A. Ramos Ruiz¹ y J. Sánchez Román¹

¹Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, ⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Valorar la capacidad de una Unidad de Medicina Interna como coordinadora de una Unidad multidisciplinaria de hipertensión pulmonar (HTP).

Material y métodos. La Unidad de HTP de nuestro hospital inició su actividad en 1998, impulsada por un grupo de internistas, y se constituyó en enero de 2003. Su composición es multidisciplinaria: internistas, cardiólogos, intensivistas, neumólogos, digestólogos, anestesiólogos, farmacéuticos, médicos nucleares y pediatras. Los internistas aglutinamos el proceso de diagnóstico y tratamiento, y controlamos la evolución clínica, con apoyo del resto de especialistas (consultoría, pruebas complementarias). El protocolo de estudio incluye, además de historia clínica y exploración física, la realización de estudios complementarios dirigidos a: 1º Diagnóstico de HTP y clase: ecocardiograma, electrocardiograma, radiografía y tomografía computerizada de tórax, espirometría, gammagrafía pulmonar y cateterismo cardíaco derecho con test de vasoreactividad. 2º Diagnóstico etiológico: analítica general, serología de hepatitis y VIH, función tiroidea y anticuerpos antitiroideos, y anticuerpos antinucleares y otros según el caso. 3º Marcadores evolutivos y pronósticos: test de pasar 6 minutos, ventriculografía isotópica de 1er paso, péptido natriurético cerebral.

Resultados. Se evaluó a 79 pacientes (64 mujeres, edad media 52 años). Los diagnósticos fueron: HTP arterial 66 pacientes, idiopática en 26 y asociada en 40 (a colagenosis en 28 - 14 con esclerodermia; 10 con lupus, uno con angiomatosis capilar pulmonar y otro con superposición de dermatomiositis y enfermedad tromboembólica venosa; 2 con artritis reumatoide; 1 con dermatomiositis y 1 con síndrome de Sjögren 1º-, a cardiopatía congénita en 6, a hemopatía maligna en 3 -1 con mieloma y amiloidosis, 1 con linfoma, y 1 con mastocitosis asociada a enfermedad tromboembólica venosa-, a infección por VIH en 2, a hipertensión portal en 1, y a neurofibromatosis en 1); HTP secundaria a hipoxemia (5); y pseudoHTP por hipertiroidismo (1). Se detectaron alteraciones tiroideas autoinmunes frecuentes (anticuerpos antitiroideos en 29 pacientes - 36,7%- y disfunción tiroidea en 16 -20,2%-), y 2 pacientes reunían alteraciones suficientes para el diagnóstico de síndrome poliglandular autoinmune. Se usaron todos los fármacos disponibles (calcioantagonistas, prostanoides, bloqueadores de receptores de endotelina e inhibidores de fosfodiesterasa), solos o asociados, según las directrices de consenso con ulteriores adaptaciones personalizadas. Actualmente hay 55 pacientes en seguimiento, 28 de ellos en tratamiento, 21 sin tratamiento y 6 en estudio. Del total de pacientes, 24 fallecieron, la mayoría por causa cardiovascular.

Discusión. La HTP es una enfermedad muy grave, que ha experimentado importantes novedades en los últimos años. Nuestra caústica refleja su gran complejidad diagnóstica y terapéutica. Los distintos tratamientos exigen una estrecha vigilancia, dados sus numerosos efectos secundarios. El internista, con su visión integral del paciente y la medicina, frente al enfoque más específico de otros especialistas, tiene el perfil ideal para coordinar el cuidado de estos pacientes. Hasta donde sabemos, la nuestra es la primera Unidad de HTP coordinada por internistas en España. En ella, hemos respondido a este complejo desafío y agrupado a todos los profesionales implicados en su manejo.

Conclusiones. 1. La HTP es un proceso complejo, en cuyo cuidado se requiere una atención multidisciplinaria a la vez que un enfoque integrador. 2. El internista tiene el perfil ideal para coordinar las Unidades de HTP.

V-070

RENDIMIENTO DEL ESTUDIO ELECTROCARDIOGRÁFICO HOLTER EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

A. Miñano Oyarzabal¹, J. Morales Rull², J. Navarro de la Calzada², M. Pinilla Lozano¹, J. Pelegrín Díaz¹, A. Sánchez Val¹ y G. Rodrigo Trallero¹

¹Cardiología, ²Medicina Interna. H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. El estudio electrocardiográfico (ECG) holter de 24 horas se utiliza para el diagnóstico y seguimiento de las principales arritmias cardíacas. Es importante analizar su rendimiento en la práctica clínica diaria, así como los hallazgos habituales del mismo.

Material y métodos. Se han analizado los estudios electrocardiográficos Holter de 24 horas realizados en nuestro hospital a los pacientes de Medicina Interna entre los años 2002-2004. Los datos han sido analizados mediante el programa informático SPSS 11.0.

Resultados. Se han incluido 582 pacientes. El 57,2% son varones, y el 42,8% mujeres. La edad media era de 69,92 ± 14,66. Los motivos principales de solicitud eran: Síncope 59,8%, palpitaciones 9,8%, presíncope 7,2%, fibrilación auricular (ACXFA) 7,6%, bradicardia 4,1%, y otros 11,5%. El 85,1% de los pacientes se encontraban en ritmo sinusal en el ECG basal y el 11,9% en ACXFA. En el 23,7% presentaban trastornos en la conducción intraventricular y el 6,2% bloqueo auriculoventricular de 1º grado. Se objetivaron pausas superiores a dos segundos en el 16,4%, mayores de tres segundos en el 2,1%, extrasistolia supraventricular frecuente en un 25,7%, taquicardias paroxísticas supraventriculares o extrasistolia supraventricular agrupada en un 10,7%, extrasistolia ventricular frecuente en un 22,8%, y taquicardias ventriculares no sostenidas en un 4,3%. Los estudios se clasificaron en: No diagnósticos cuando resultaban sin hallazgos, indeterminados cuando presentaban hallazgos pero éstos no justificaban el motivo de solicitud, y diagnósticos cuando dichos hallazgos podían justificar el motivo de solicitud. El 12,9% de los estudios se consideraron diagnósticos, el 38,7% indeterminados y el 48,5% no diagnósticos. Los hallazgos más significativos fueron: ACXFA paroxística no conocida previamente en un 4,6%, bloqueo auriculo-ventricular completo en un 3,1%, enfermedad del seno y/o insuficiencia cronotropa en un 4,2% y taquicardias ventriculares sostenidas en un 0,36%.

Discusión. Analizando los resultados destaca en primer lugar que el estudio Holter es utilizado sobretodo para el estudio del síncope. Su rendimiento aumenta de manera significativa si existen alteraciones previas en el ECG basal. Los hallazgos de estos estudios holter han condicionado la implantación de 39 marcapasos y 2 DAI. Por otra parte existen diversos registros (extrasistolia supraventricular frecuente o agrupada, pausas de > 2 segundos nocturnas, extrasistolia ventricular frecuente) que dada su frecuencia, no deben considerarse en sí mismo patológicas, sobretodo en pacientes con edades avanzadas. Comparativamente con los estudios solicitados desde Cardiología, los pacientes son de mayor edad y presentan con menos frecuencia trastornos arritmicos en sus registros siendo el rendimiento diagnóstico algo menor (12,9% vs 15,1% [p = 0,08]).

Conclusiones. El estudio Holter constituye una herramienta de gran utilidad fundamentalmente en el estudio de arritmias hipoactivas (lentas) con un rendimiento diagnóstico medio (12,9%).

V-071**INTEGRACIÓN DE UN SISTEMA DE TELERRADIOLOGÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL INSULAR****G. Lanzas Pro¹, J. Santana Delgado², J. Haro Báez³, M. Sacaluga López³ y M. Maynar Moliner⁴**¹Medicina Interna, ²Urgencias, Hospiten Lanzarote. Puerto del Carmen, Las Palmas. ³Radiodiagnóstico. ⁴Diagnóstico y Terapéutica endoluminal. Hospiten Rambla. S/C de Tenerife.

Objetivos. Evaluar el procedimiento de envío de imágenes de TAC desde un hospital comarcal al Servicio de Radiodiagnóstico centralizado en otra isla. Justificar la utilidad de esta aplicación de la Telemedicina mediante el estudio de los traslados de pacientes entre islas.

Material y métodos. Se estudian todas las pruebas de TAC practicadas en la Clínica Hospiten de Lanzarote a lo largo de un periodo de siete meses. Las imágenes de TAC obtenidas son digitalizadas y enviadas por línea RDSI a una estación de trabajo en Hospiten Rambla (Santa Cruz de Tenerife), donde el radiólogo especialista las evalúa y emite a continuación el informe, que se recibe en Lanzarote a través del correo electrónico de forma habitual, o por vía telefónica en los casos de emergencia médica. En cada caso se registraron el sexo y la edad del paciente, su lugar de residencia, departamento médico y síntoma clave que motiva la solicitud, región anatómica estudiada y hallazgo de patología en el TAC. Se registran asimismo ciertas características de procedimiento, como son fecha y horas de comienzo y finalización de la prueba, tiempo transcurrido desde la finalización de la prueba hasta el envío de las imágenes, fecha de recepción del informe escrito. En caso de necesidad de traslado del paciente, el tipo de patología que genera el traslado y Servicio receptor.

Resultados. Se han practicado 482 TACs, 215 a mujeres y 265 a varones. El mayor número de solicitudes procede del Área de Urgencias: 31.7%, seguido del Área de Hospitalización de Medicina Interna: 17.2% y de Consulta Externa de Traumatología: 16.6%; se han practicado asimismo 51 TACs (10,6%) solicitados de otros Centros Médicos. El 43.8% se practican a pacientes residentes nacionales, el 40,9% a transeúntes extranjeros y el 14.3% a extranjeros residentes en la isla. Se aprecia que los transeúntes y residentes extranjeros son de mayor edad que los residentes nacionales (chi cuadrado: 75.46; $p < 0,001$). Los informes se reciben como media en el plazo de dos días. Hay diferencias significativas en el tiempo de recepción del informe entre los diferentes especialistas. La diferencia es significativa entre neurocirujano y radiólogo ($p: 0,01$) y entre neurocirujano y neurorradiólogo ($p: 0,03$), pero no es estadísticamente significativa entre el radiólogo y el neurorradiólogo. Hubo necesidad de trasladar a otra isla a 28 pacientes (6%) en función del tipo de hallazgos patológicos en el TAC. El ACVA hemorrágico y los cuadros de compresión medular fueron la causa más frecuente de traslado, que suele resultar en repatriación o bien traslado a un Servicio de Neurocirugía. En el análisis univariante, la edad se asocia de forma significativa al traslado. Así, por cada año de edad adicional el riesgo de traslado aumenta en un 3% (OR = 1.03; IC 95%: 1.01-1.05). Los transeúntes extranjeros muestran mayor riesgo de traslado. En el análisis multivariante el factor más importante para el traslado fue el tipo de paciente. Ajustado por edad, sexo y tipo de patología, el ser residente extranjero se asocia a un incremento en el riesgo de traslado de 11 veces (OR = 11.41, IC 95%: 2.54-5.92).

Conclusiones. La tecnología descrita aplicada en la medicina a distancia ha permitido el trabajo clínico eficaz a pesar de la ausencia de radiólogo de presencia física en el Hospital. En nuestro medio posibilita la transmisión de imágenes de TAC de alta calidad, suficiente para su evaluación fiable y en el entorno habitual del radiólogo presente en otro Centro y en otra isla. Ha permitido la obtención de información diagnóstica rápida de diversos especialistas expertos a distancia: radiólogo, neurorradiólogo y neurocirujano, a través de la misma vía. Los traslados de pacientes derivan de los hallazgos patológicos visualizados en el TAC y su rápida evaluación en nuestro medio. Uno de los factores determinantes de traslado más importantes fue el ser extranjero transeúnte. La edad y en menor grado el sexo masculino han sido también determinantes, probablemente por su asociación con patologías más severas.

V-072**SEGUIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN UNA SERIE DE 14 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE BRUGADA****M. Trassorras Arriarán¹, E. Ojeda Pérez¹, J. Porres Aracama² y J. Benavente Claveras¹**¹Medicina Interna, ²Cuidados Intensivos. Donostia. Donostia, Gipuzkoa.

Objetivos. Analizar los criterios clínicos y electrocardiográficos que han llevado al diagnóstico y a la toma de decisión de implantar un DAI en los pacientes con síndrome de Brugada. Conocer la evolución y la calidad de vida tanto de los pacientes con DAI como los que rechazaron su implantación.

Material y métodos. Se estudian de forma retrospectiva las historias clínicas obtenidas del archivo de historias clínicas y de la unidad de marcapasos del hospital Donostia del periodo 1997-2005. Utilizando los criterios diagnósticos conocidos para el síndrome de Brugada se calificó a los pacientes en subgrupos de a) muy probable si el criterio clínico era síncope o parada cardiaca (además del ECG y el estudio electrofisiológico positivo e inducible respectivamente) y b) probable si los criterios son sólo ECG y electrofisiológicos más provocación. Se realiza una encuesta telefónica sobre el estado de salud física y mental utilizando como escalas las SF-12 y una específica para pacientes con DAI diseñada por Duru F. et al Heart. 2001;85:375-9).

Resultados. Se recopilaron un total de 14 casos diagnosticados de sd. de Brugada, 8 varones y 6 mujeres. Las edades límite fueron de 34 y 69 años con una mediana de 47 años. Seis pacientes se clasificaron como muy probables. Siete casos tenían antecedentes familiares. En 11 casos se implantó DAI. Tras un seguimiento que ha oscilado desde 6 meses hasta 8 años, en ninguno se ha producido evento arrítmico. Todos los pacientes están vivos salvo uno que falleció de causa no cardiovascular (cirrosis). La calidad de vida expresada según las respuestas a los cuestionarios, fue buena salvo un paciente con síndrome depresivo-ansioso.

Discusión. Como era de esperar la serie dispone de pocos casos por la rareza de la enfermedad. En los últimos años, se aprecia un aumento en el diagnóstico de nuevos casos. La tolerancia de los pacientes al DAI es buena fundamentalmente por no presentar eventos arrítmicos, que desencadenaran la puesta en marcha del desfibrilador.

Conclusiones. 1. El uso rutinario de ECG en centros de Salud y servicios de Urgencias de Hospitales permite el diagnóstico de nuevos casos de síndrome de Brugada. 2. No existe en la literatura suficiente evidencia sobre qué factores permiten predecir qué subgrupo de pacientes se beneficia del DAI. La evolución de los 2 subgrupos de esta serie ha sido igual así como la de sus familiares. 3. La implantación del DAI mejora en la mayoría de los casos la calidad de vida al aportar seguridad al paciente.

V-073**EDUCACIÓN SANITARIA Y AUTOCUIDADOS. IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA****M. Queralt Alcaraz¹, T. Mur Martí², T. Clanchet Aisa², M. López Olivares², C. López Moya², A. Castaño Pérez², J. Alegre Martín³ y T. Fernández de Sevilla Ribosa³**¹CAP Les Hortes. EAP Poble Sec. Barcelona. ²CAP Terrassa Sud. Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ³Medicina Interna. Vall d'Hebrón. Barcelona.

Objetivos. Valorar la influencia que una intervención educativa ante los autocuidados ante síntomas comunes tiene sobre la frecuentación a las consultas de atención primaria y sobre la calidad de dichas acciones.

Material y métodos. Estudio caso-control, a una muestra aleatoria de una población urbana general mayor de 15 años. Se realizaron 303 encuestas autocumplimentadas por correo preintervención y 161 postintervención, recogiendo acciones de autocuidado habituales y de consulta ante fiebre, cefalea, problemas respiratorios, digestivos y artralgias, valorando su corrección tras un consenso previo entre profesionales sanitarios, así como la frecuentación pre y post intervención; ésta consistía en charlas informativas grupales y reparto de folletos. Se formaron dos grupos: control (n152), intervención

(n 151), que se subdividió en dos modalidades de intervención: con charlas y folletos (n 41) y sólo con folletos (n 110). El análisis estadístico se realizó mediante regresión logística para el análisis de la adecuación, y mediante regresión de Poisson en el caso de la frecuentación.

Resultados. El porcentaje de acciones adecuadas previo a la intervención fue superior al 75% en todos los grupos, mostrando igual porcentaje tras la intervención educativa; el análisis por regresión logística no demostró diferencias significativas entre grupos de estudio. La frecuentación media global preintervención fue de 7.08 visitas/año, y posteriormente de 6.06; el análisis por regresión de Poisson tampoco demostró diferencias significativas entre grupos control y de intervención.

Discusión. Las limitaciones propias de una encuesta remitida por correo y autocumplimentada, así como el sesgo de respuesta y participación en la intervención (a pesar de construir los grupos de forma aleatoria) constituye una limitación a tener en cuenta en este trabajo, en especial en el análisis de la corrección de las acciones de autocuidado; sin embargo esta limitación se ve disminuida en el análisis de la frecuentación, ya que los datos de ésta fueron extraídos de la base de datos del centro de salud. A pesar de estas limitaciones, los resultados del estudio son congruentes respecto a la influencia en la frecuentación con estudios precedentes en otros países. El alto nivel de acciones correctas encontrado ya preintervención hace que sea difícil mejorar su nivel sin tener que realizar un esfuerzo desproporcionado.

Conclusiones. Una intervención educativa simple (charlas grupales y folletos por correo) no fue efectiva en nuestra población para disminuir la frecuentación a las consultas de atención primaria; tampoco mejoró la adecuación de las acciones, ya muy correctas de entrada

V-074

ERTAPENEM, NUEVO ANTIBIÓTICO, NUEVAS POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO DE INFECCIONES EN DOMICILIO

M. Goenaga Sánchez¹, O. Urbina Aguirrebengoa¹, M. Millet Sampedro¹, C. Garde Orbaiz¹, J. Carrera Macazaga¹, E. Arzelus Aramendi¹, E. Sánchez Haya² y A. Cuende Garcés¹

¹Hospitalización a Domicilio, ²Medicina Interna. Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa.

Objetivos. Presentar la experiencia del uso de ertapenem, carbapenem de reciente aprobación que se administra en dosis única diaria, para el tratamiento de infecciones en el domicilio de los pacientes por una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD).

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo transversal, de los datos recogidos de manera prospectiva en una base de datos (Access), de todos los pacientes tratados con ertapenem en sus domicilio. La dosis administrada fue de 1g iv día y el período estudiado el primer semestre de 2005.

Resultados. Entre enero y junio de 2005 se han tratado en domicilio 136 casos con antibióticos parenterales de ellos 20 (14,7%) lo fueron con ertapenem, 3 de ellos en inmunodeprimidos. Se trató a 15 varones y 5 mujeres con una media de edad de 74 años (mediana 73, max 98, min 51). En 10 casos fueron infecciones respiratorias bajas con sospecha de anaerobios, 8 casos infecciones intraabdominales (4 colangitis, 2 abscesos hepáticos, 1 apendicitis perforada, 1 diverticulitis) y 2 ITU (pielonefritis con sepsis 2ª e ITU en paciente sondado, demenciado e l renal cr). Estos pacientes habían estado previamente hospitalizados una media de 10 días (mediana 6, max 49, min 0-en 3 casos). Fueron tratados en su domicilio una media de 10,7 días (mediana 6 días, max 53, min 5; 215 estancias ahorradas). 17 pacientes habían sido tratados previamente con: imipenem 6 casos, meropenem 2 casos, ertapenem 2 casos, piper-tazo 4 casos, aminoglicósidos en 4 casos, amoxi-clav 2 casos, y en 1 caso cefotaxima y ceftriaxona. En sus domicilios en 5 casos el tratamiento fue asociado a aminoglicósidos, 1 a claritromicina y uno a colimicina inhalada. La vía venosa utilizada fue la periférica en 18 casos, 1 reservorio y 1 CCIP. En 11 casos hubo resultados de los cultivos (3 E coli (BLEE en 2), 3 flora mixta, 2 Prevotella, 1Bacteroides, E cloacae y negativo). 19 pacientes (95%) terminaron el tratamiento en su domicilio, 1 paciente (5%) falleció al 5º día (pa-

ciente no ingresado previamente con colangioc de base). 3 pacientes (15%) presentaron flebitis no infecciosa. En el seguimiento 3 pacientes reingresaron en el hospital: 1 a los 5 días por una superinfección (K pneumoniae y C parapsilosis en reservorio) 2 a las 3 semanas uno por descompensación de IC de base y otro para colocación de stent en vía biliar. 16 pacientes (80%) se mantienen sin complicaciones.

Conclusiones. En los casos en que está indicado, ertapenem es una buena alternativa para su utilización en domicilio, permitiendo simplificar tratamientos antibióticos hospitalarios de más difícil administración en el domicilio.

V-076

NUEVO PROGRAMA PARA EL CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL; ENE 2.0

L. Badiella Busquets¹ y A. Pedromingo Marino²

¹Universidad Autónoma de Barcelona, ²GSK. N.A. Bellaterra, Barcelona.

Objetivos. Desarrollar un programa de libre distribución, para usuarios no especialistas en estadística, que cubriera los requerimientos básicos y avanzados del cálculo del tamaño muestral (TM). El programa, incluye los principales diseños utilizados en Investigación básica y clínica.

Material y métodos. Ene 2.0 es un programa multiplataforma (Windows, Mackintosh, Linux, etc.) presentado en formato CD. Está diseñado para que el usuario pueda realizar, de una forma rápida y fácil, cálculos del TM con resultados gráficos y numéricos. El programa se maneja por menús. Incluye un asistente para seleccionar diseños, ejemplos autoejecutables, redactado de resultados y ayuda contextual y por Internet.

Resultados. Se incluyen entornos de 22 diseños para el cálculo del TM en la estimación de proporciones y medias, estimación de RR y OR, comparación de medias y proporciones, regresión logística, múltiple, coeficientes de correlación, anova, supervivencia, y datos ordinales. Las opciones incluyen poblaciones finitas, muestreo inverso, y datos pareados. Se contemplan hipótesis de diferencias, no superioridad (inferioridad) y equivalencia. Es posible el ajuste de errores alfa y beta, límites de inferioridad y equivalencia, niveles de confianza, la imprecisión máxima admisible y el tamaño del efecto. Alternativamente se puede modelizar la imprecisión y la curva de potencia.

Discusión. Se incluyen entornos de 22 diseños para el cálculo del TM en la estimación de proporciones y medias, estimación de RR y OR, comparación de medias y proporciones, regresión logística, múltiple, coeficientes de correlación, Anova, supervivencia, y datos ordinales. Las opciones incluyen poblaciones finitas, muestreo inverso, y datos pareados. Se contemplan hipótesis de diferencias, no superioridad (inferioridad) o equivalencia. Es posible el ajuste de errores alfa y beta, límites de inferioridad y equivalencia, niveles de confianza, imprecisiones máximas y el tamaño del efecto. Los resultados iniciales se refieren al TM pero alternativamente se puede modelizar la imprecisión máxima y la curva de potencia.

Conclusiones. Los errores y omisiones cometidos en la fase de diseño de un estudio suelen ser graves e irreversibles. Se ha desarrollado un programa, Ene 2.0 para realizar cálculos del TM, fácil de manejar, para ayuda en el diseño de estudios. Se distribuye libremente a la comunidad científica en <http://www.ene-ctm.com>.

V-077

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

C. Alberto¹, F. Jiménez Bermejo¹, C. González Rodríguez¹, U. Javier², R. Tomás¹, O. Javier³ y G. Inés⁴

¹Medicina Interna, ²Neumología, ³Urgencias, ⁴Radiología. García Orcoyen. Estella, Navarra.

Objetivos. Evaluar las características epidemiológicas de los neumotórax espontáneos ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal García-Orcoyen de Estella entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2003.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo de los neumotórax espontáneos ingresados en nuestro servicio

en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2003. Recogimos datos epidemiológicos tales como edad, sexo, antecedentes neumológicos, hábito tabáquico, clínica que justificó su valoración por el Servicio de Urgencias, mes en que ocurrió el evento, para ello se revisaron las historias clínicas de los pacientes a estudio. Así mismo nos pareció interesante evaluar a cuántos pacientes se les realizó TAC torácico bien durante el ingreso bien el seguimiento ambulatorio posterior y cuales fueron los hallazgos o observados.

Resultados. Se recogieron 31 neumotórax espontáneos en este periodo de tiempo, de los cuales 3 (9,7%) eran secundarios. Se observó un claro predominio en varones (74%) y en fumadores (84%). El 61,2% de los casos ocurrió en menores de 30 años; el 16% en entre los 31 y los 60 años y el 20% en mayores de 61 años. En 12 pacientes se constataron antecedentes de interés: 2 pacientes era EPOC, 1 había padecido tuberculosis pulmonar, 2 presentaban enfermedad intersticial idiopática, 1 refería consumo de tóxicos inhalados, 1 presentaba intervención costal por traumatismo y 4 habían presentado neumotórax previamente (en 3 había sido ipsilateral al episodio en estudio). La clínica que motivó la consulta fue: Dolor en 27 pacientes (87%), disnea en 20 (64,5%), tos en 8 (26%). En 22 (71%) de los casos estudiados, el evento ocurrió en reposo, no siendo recogido este dato en 5 pacientes. No se objetivaron diferencias significativas en cuanto al hemitórax afecto (17 casos fueron el derecho y 14 en el izquierdo). Respecto al tamaño del neumotórax, el 32,3% de los casos fue < 15%, el 13% presentaba un tamaño comprendido entre 15-20%, el 6,4% entre 20-30%, el 9,7% entre 30-40%, el 6,4% entre el 40-50% y el 19,5% superior al 50%. En cuanto a la fecha en que fue diagnosticado, en 6 pacientes (19,35%) ocurrió entre Enero y Marzo, en los meses de Abril a Junio hubo 7 casos (22,6%), de Julio a Septiembre ocurrieron 12 casos (38,7%) y 6 (19,35%) entre Octubre y Diciembre. Se realizó TAC torácico en 19 pacientes (61,3%) encontrándose bullas en 12 de ellos (63,16%); en 5 (26,3%) no se objetivó lesión alguna.

Discusión. Al igual que en otras series, se objetiva predominio en hombres fumadores. 73% de los neumotórax espontáneos primarios ocurrieron en menores de 30 años; todos los secundarios aparecieron en mayores de 61 años. Septiembre fue el mes en que más casos se atendieron (22,6%), seguido de Agosto (16,13%) a diferencia de otras series en las que parece haber un predominio en los meses de otoño e invierno. En cuanto a la clínica, el dolor torácico es el síntoma predominante (87%) seguido de la disnea (64,5%). La tos es referida en el 26% de los casos, pudiendo tratarse bien de un síntoma asociado, bien del factor precipitante en pacientes predisuestos. Existe escasa diferencia de eventos entre ambos hemitórax, a diferencia de otras series en las que existe predominio del lado derecho. En cuanto al tamaño, el 45,3% presentaba un tamaño < 20% y casi un 26% superior al 40%. De los 16 casos de neumotórax espontáneos a los que se realizó TAC torácico, se objetivaron bullas en 11 de ellos (68,75%) y fue normal en 5 (31,25%).

Conclusiones. La mayoría de los neumotórax espontáneos primarios ocurren en menores de 30 años. Los secundarios ocurren principalmente en mayores de 61 años. Aumento de frecuencia en Septiembre y Agosto, a diferencia de otras series. El dolor torácico es el síntoma predominante, seguido de disnea. La tos, referida en la cuarta parte de los pacientes, puede ser considerada más bien precipitante en pacientes predisuestos - A diferencias de otras series, no encontramos diferencias significativas entre hemitórax - 46% casos presentan un tamaño menor al 20%.

V-078 NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL: TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

C. González Rodríguez¹, F. Jiménez Bermejo¹, A. Castaño¹, J. Ugedo Urruela¹, T. Rubio Vela¹, M. Fortún Moral¹, H. Sarasibar² y M. Gaztelu Contín¹

¹Medicina Interna, ²Neumología. García Orcoyen. Estella, Navarra.

Objetivos. Evaluar el tratamiento y evolución de los neumotórax espontáneos ingresados en Medicina Interna del Hospital García-Orcoyen de Estella entre el 1-1-1999 y el 31-12-2003.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal de los neumotórax espontáneos ingresados en nuestro servicio en el periodo de tiempo previamente indicado. Datos recogidos: Necesidad de tubo de drenaje, si éste fue inicial o diferido, qué tipo de tubo se empleó, si se aplicó presión negativa y si fue desde el inicio o diferida; si se cambió el tubo y por qué motivo; si se pinzó el del tubo 24 horas previas a su retirada; días de drenaje y de ingreso; si hubo recaída durante el ingreso; traslados a Cirugía Torácica durante el ingreso y el motivo.

Resultados. 31 casos. 24 (77,7%) precisaron drenaje, 23 desde el diagnóstico y 1 diferido.; esta decisión se fundamentó en el criterio del facultativo que asistió en Urgencias. Se empleó tubo fino tipo pleureath. El 79% de los drenajes se acompañó de presión negativa, 68,5% desde inicio. Sólo 1 paciente precisó cambio de tubo (desplazamiento). En 15 casos se pinzó el tubo 24 horas previas a su retirada; 3 recayeron durante pinzamiento y 2 tras retirada. De los no pinzados, 1 recidivó. De los que se optó por tratamiento conservador, ninguno recidivó. La media de días de drenaje fue 4, (rango 1-10 días). La estancia media fue de aproximadamente 5 días, (rango 1-11 días). 6 casos (19,35%) fueron trasladados a Cirugía Torácica: 2 por recurrencia y 4 por persistencia de fuga. Hubo 1 pérdida (causa demográfica).

Discusión. Hay controversia respecto a la instauración de drenaje en los neumotórax espontáneos. Según normativa SEPAR 2002, éste está indicado en los inferiores al 20% y la aplicación de presión negativa se realizará diferidamente si tras 3 días de drenaje persiste fuga. En nuestra serie ambas decisiones recayó en el criterio del facultativo en Urgencias, de modo que casi al 70% de los drenados se les aplicó presión negativa desde el diagnóstico (la mayoría con tamaño superior al 20%). Así mismo se debiera pinzar el tubo durante 24 horas antes de la retirada, lo cual se realizó en 15 de los 24 pacientes drenados. Las recaídas durante el ingreso se debieron a una retirada o pinzamiento precoz (primeras 24-48 horas). En los casos inferiores al 20% la actitud expectante parece segura (sólo 1 paciente precisó drenaje diferido y ninguno recidivó tras reexpansión). De los 31 casos recogidos, 6 (19,35%) fueron trasladados a Cirugía Torácica.

Conclusiones. Parece seguro mantener actitud expectante en neumotórax espontáneos primarios de tamaño inferior al 20%, estando supeditada dicha actitud a la evolución clínica del paciente. No consideramos oportuno pinzar o retirar drenaje antes de las 48 horas, dado el alto índice de recidivas durante las horas-días siguientes. A pesar de no seguir en todos los casos la normativa SEPAR en cuanto a la actitud terapéutica a seguir ante neumotórax espontáneos (la mayoría de los casos recogidos son previos a dicha normativa) consideramos que es seguro tratarlos en un Hospital Comarcal, siempre y cuando exista personal cualificado.

V-080 ALTERACIONES PANCREÁTICAS EN RELACIÓN CON INFECCIÓN POR SALMONELLA ENTERITIDIS

C. Pérez Tárrago, A. Gil Martín, C. Lorenzo Mateos, C. Dueñas Gutiérrez, M. Morán Rodríguez, A. Martín Ezquerro, S. González Quijada y A. Blanco García

Medicina Interna. General Yagüe. Burgos.

Objetivos. Evaluar la frecuencia de pancreatitis aguda, elevación de enzimas pancreáticas y/o anomalías morfológicas pancreáticas en pacientes con infección por Salmonella enteritidis.

Material y métodos. Estudio retrospectivo desde 1994 hasta 2005 de pacientes con diagnóstico de gastroenteritis y pancreatitis aguda por Salmonella enteritidis, en nuestro hospital. Se revisaron 10 historias de las cuales resultaron compatibles con los objetivos del estudio 4 de ellas. Revisión de la bibliografía (Medline de 1962 -2005; índice clínico Español 1984-2005).

Resultados. En el estudio realizado se incluyen 4 pacientes desde Enero de 1994 hasta Enero de 2005. La proporción hombre mujer era 1: 3. La edad media fue 27,5 años. Ninguno de ellos tenía antecedentes de enfermedad pancreática previa. Sólo uno de ellos (25%), era bebedor y fumador habitual. Tras el ingreso la media de deposiciones día fue de 5. En los coprocultivos analizados a las 24 y 36 horas del ingreso se aisló Salmonella Enteritidis en 100% de los casos. El tiempo medio de hospitalización fue de 11,75 días. En el 75% de los pacientes aparecieron elevaciones de amilasa y lipasa.

En 50% de los casos se apreciaron alteraciones en ecográficas. En todos los casos con tratamiento médico conservador se objetivó una resolución completa del cuadro clínico.

Discusión. En este estudio se pretende evaluar retrospectivamente el comportamiento de la amilasa y lipasa sérica en pacientes infectados por Salmonella. En el 75% de ellos se encontraron elevaciones de amilasa y lipasa. En el 50% de los pacientes se encontraron alteraciones clínicas, morfológicas y/o bioquímicas compatibles con pancreatitis aguda, lo que sugiere mayor riesgo de pancreatitis en pacientes con infección por Salmonella. En la bibliografía médica existen descritos varios casos de pancreatitis por Salmonella en España, aunque es excepcional. En el Índice Médico Español desde el año 1984 hasta la actualidad, cruzando los términos «pancreatitis» y «salmonella», se encuentran 4 publicaciones de casos aislados. En la búsqueda en MEDLINE con la misma asociación se encuentran en total 26 publicaciones desde 1962 hasta la actualidad. La mayoría de ellos hace referencia a lo excepcional de la asociación.

Conclusiones. Existen gran variedad de agentes infecciosos causantes de pancreatitis aguda. Entre éstos se encuentran los virus, bacterias y más raramente hongos y parásitos. En España, la pancreatitis aguda de causa infecciosa es poco frecuente. Aunque la pancreatitis aguda como causa de complicación de la salmonella es poco frecuente, muchas veces es infradiagnosticada debido a que suele ser leve ó moderada y sus síntomas son a veces compartidos por la propia enteritis. A pesar de ser excepcional debe sospecharse esta entidad en todo paciente con diarrea invasiva y dolor abdominal desproporcionado y no explicable por la propia enteritis.

V-081

ENFERMEDAD DE WHIPPLE, ESA GRAN DESCONOCIDA

M. Gallego Villalobos, S. Fernández Raga, C. García Cueto, A. García Bernárdez, M. Rivas Carmenado,

T. Suárez Zarracina Secades y J. Fernández Rodríguez

Medicina Interna 1. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. Presentar dos nuevos casos de la enfermedad de Whipple, una infección bacteriana crónica y sistémica poco frecuente y que constituye a veces un difícil diagnóstico.

Material y métodos. Caso 1: mujer de 72 años con antecedentes de síndrome depresivo, artrosis, osteoporosis, síndrome polimiálgico diagnosticado en el 2003, TEP en 2003, divertículos en sigma e infecciones urinarias de repetición. Ingresó en 2004 por astenia, anorexia y pérdida de unos 15 kg en los últimos 8 meses. El cuadro se acompaña de diarreas y artralgias. En los estudios se objetiva una anemia ferropénica con estudios endoscópicos normales. En TAC abdominal se observa la presencia de unas adenopatías en raíz de mesenterio. Caso 2: varón de 55 años con antecedentes de vitíligo, reumatismo palindrómico en 1997, leucocitosis persistente con frotis sanguíneo normal. Ingresó en noviembre de 2004 por síndrome general con pérdida de unos 5-6 kg de peso, diarreas líquidas, disnea de moderados esfuerzos, fiebre y artralgias. Se realizan estudios endoscópicos siendo todos ellos normales. Se observa un patrón de malabsorción en el tránsito gastrointestinal y en el TAC abdominal la presencia de adenopatías mesentéricas. En el TACAR se observa lesiones en el intersticio pulmonar de predominio en lóbulos superiores y en la espirometría un patrón restrictivo.

Resultados. En el caso 1 se realizó una laparotomía exploradora y una endoscopia intraoperatoria con toma de biopsias duodenales y de las adenopatías mesentéricas, siendo el resultado de la anatomía patológica de enfermedad de Whipple. La PCR para *T. whipplei* fue positiva. En el caso 2 se solicitó una enteroscopia con biopsia siendo el resultado compatible con enfermedad de Whipple. Se realizó también una broncoscopia y tanto en la biopsia duodenal como en la pulmonar la PCR para *T. whipplei* fue positiva. En ambos casos se trató con ceftriaxona 2g/24h intravenoso durante 15 días y posteriormente Trimetoprim-Sulfametoxazol 800/160 cada 12 horas durante un año. Ambos pacientes mejoraron sustancialmente de su clínica a los pocos meses de inicio de tratamiento.

Discusión. La enfermedad de Whipple predomina en varones (88%) entre 40 y 50 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen pérdida de peso, artralgias y/o artritis, diarreas, dolor abdominal, adenopatías, hiperpigmentación cutánea y fiebre. Ocasionalmente pueden aparecer cuadros neurológicos, pleuropéri-

carditis, nódulos pulmonares, valvulopatías o uveítis. En ocasiones los síntomas extraintestinales pueden preceder al cuadro digestivo retrasando el diagnóstico. El diagnóstico se basa hasta ahora en la sospecha clínica y la confirmación histológica, con la demostración de macrófagos cargados con gránulos PAS positivos en la lámina propia del intestino delgado, aunque también puede aparecer en otras localizaciones. La identificación por PCR ha supuesto un importante avance ya que ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad cuando se utiliza para confirmar el diagnóstico y monitorizar el tratamiento.

Conclusiones. Dada la baja frecuencia de esta entidad (es una enfermedad rara, aunque su incidencia no está clara), y que tiene una clínica muy polimorfa, probablemente esté muy infradiagnosticada. Debemos incluirla en el diagnóstico diferencial de pacientes con anemias o síndromes diarreicos de etiología poco clara.

V-082

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA ESPLENECTOMIZADOS (PTI). EXPERIENCIA CLÍNICA DESDE EL AÑO 1990

L. Iglesias Sáenz¹, A. Álvarez Soto², O. Capdevila Pons¹, C. Masdevall Noguera³, A. Vidaller Palacin¹ y R. Pujol Farriols¹

¹Medicina Interna, ²Urgencias, ³Cirugía General.

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Estudio descriptivo de los pacientes con púrpura trombocitopénica (PTI) crónica del adulto y de la evolución clínica a largo plazo después de la esplenectomía. Análisis de las complicaciones quirúrgicas de la esplenectomía y de la mortalidad en dichos pacientes.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes con PTI crónica del adulto esplenectomizados en nuestro hospital desde el año 1990 hasta 2004. Evaluamos la respuesta a la esplenectomía clasificando a los pacientes como respondedores (cifra de plaquetas igual o superior a $50 \times 10^9/L$ sin tratamiento) y no respondedores ($< 50 \times 10^9/L$ o superior con tratamiento médico). Definimos la recaída como la cifra de plaquetas inferior a $50 \times 10^9/L$ tras haber respondido inicialmente en cualquier momento durante el seguimiento.

Resultados. De los 88 pacientes con PTI crónica esplenectomizados en dicho período excluimos a uno por falta de datos. Analizamos la evolución del resto (87 pacientes) durante un período de seguimiento posterior a la esplenectomía comprendido entre 0,2 y 180 meses (media de 84,02). Todos los pacientes fueron tratados previamente con corticoesteroides y algunos con otros tratamientos de segunda línea antes de ser esplenectomizados. 29 pacientes (33%) eran varones. La edad media al diagnóstico fue de 42,27 años (rango 4-79) y en el momento de la esplenectomía de 49,64 años (rango 17-85), con un tiempo medio entre ambos procedimientos de 7,43 meses (rango 1-204). La cifra media de plaquetas al diagnóstico fue de $25,84 \times 10^9/L$. Se realizaron 30 esplenectomías por vía laparoscópica y el resto por laparotomía abierta. Al mes de la esplenectomía, un 87,35% de los pacientes (76) respondieron favorablemente, mientras de un 10,35% de los pacientes fueron calificados como no respondedores. Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato (2,3%). A los seis meses de la esplenectomía, 72 pacientes (82,76%) mantuvieron la respuesta, 12 (13,79%) no respondieron y otro falleció. Completamos el seguimiento de 84 pacientes a los doce meses de la esplenectomía resultando en 70 (83,3%) respondedores y 11 (13,1%) no respondedores. Cinco años tras la esplenectomía, de los 57 pacientes evaluados, 55 (96,5%) mantenían una respuesta positiva así como 28 (87,5%) de los 32 pacientes seguidos durante diez años. El porcentaje de recaídas fue del 30,6% durante el total del seguimiento. Un 17,05% de los pacientes (15) presentaron complicaciones postquirúrgicas. Seis pacientes (6,8%) fallecieron durante el seguimiento: dos durante el postoperatorio inmediato y debido a complicaciones por su avanzada edad y sus patologías previas; dos pacientes más fallecieron en menos de tres años tras la esplenectomía por procesos infecciosos; y los dos restantes fallecieron años después, ambos por hemorragia. Así pues, la mortalidad atribuible directamente a la PTI o a su tratamiento es del 4,58%.

Discusión. La PTI es una enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción periférica de las plaquetas debido a la formación de anticuerpos antiplaquetarios. La esplenectomía es el tratamiento más eficaz en pacientes que no responden a los tratamientos médicos. Según varios autores es efectiva en un 50-90% de los casos y un 10% recaen tras un éxito inicial pero no hay muchos estudios con un número importante de pacientes y un seguimiento a largo plazo. Nuestros pacientes mantienen un porcentaje de respuesta a la esplenectomía dentro del rango de las series más favorables previamente analizadas, e incluso superior. El porcentaje de recaídas es mayor y el de mortalidad similar a las series previas. En algunos estudios el porcentaje de complicaciones secundarias a la esplenectomía es menor pero incluyen pacientes de menor edad.

Conclusiones. La esplenectomía continúa siendo el tratamiento más eficaz en pacientes con PTI crónica, con una tasa de mortalidad baja y casi siempre debido a patologías de base de los pacientes.

V-084

FACTORES ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DE OBESIDAD EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

A. González Sanso¹, E. Gómez Nebreda², G. Bautista Suárez², H. Rodríguez Rosas², I. Peiró Martínez³, P. Soriano³, P. de Pablos Velasco³ y P. Betancor León²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. C. S. Escaleritas. Las Palmas de G. C., Las Palmas. ²M. Interna, ³Endocrinología. Universitario de G. C. Dr. Negrín. Las Palmas de G. C.

Objetivos. Valorar los factores asociados a la presencia de obesidad central en una serie de pacientes con diabetes tipo 2 (DM-2).

Material y métodos. Se analizaron los pacientes con DM-2 remitidos en 2004 desde atención primaria (AP) a los Servicios de Endocrinología de Canarias. En la primera consulta se determinaron edad, sexo, duración de la DM-2, medicación, peso, talla, perímetro de cintura, tensión arterial y HbA1c. La obesidad central (OC) se definió según ATP-III.

Resultados. Se registraron datos de 428 pacientes. 53,3% eran mujeres. 80,4% presentaban OC. 19,9%, 48,2%, 37,6%, 8,5% y 18,5% estaban en tratamiento con dieta, sulfonilureas, metformina, inhibidores de las alfa-glucosidasas, glitazonas e insulina, respectivamente. En el análisis bivariable se observó que las mujeres presentaban una prevalencia de OC mayor que los varones, 85,99% frente a 60,8% ($p < 0,001$), que el tratamiento con glitazonas tenía menor prevalencia de OC, 25% frente a 78% ($p < 0,001$) y que el tratamiento con ansiolíticos tenía mayor prevalencia de OC, 73% frente a 100% ($p < 0,001$). Los pacientes con OC presentaron una menor duración de la DM-2, 11 (1-39) años frente a 9 (1-52) años (Mann-Whitney $p < 0,039$). No hubo asociación con edad, HbA1c, ni con el resto de los tratamientos. En el análisis de la regresión logística (bondad de ajuste del 77,9%) los dos únicos factores que permanecieron fueron el sexo, OR 5,27 (2,38-11,66 IC 95%) y el tratamiento con glitazonas, OR 9,22 (1,6-52,84 IC 95%).

Conclusiones. La OC en DM-2 se asocia al sexo femenino y, negativamente, al tratamiento con glitazonas.

V-085

¿ES EL TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINAS ENDÓVENOSAS UN FACTOR PREDICTIVO POSITIVO DE LA RESPUESTA A LA ESPLENECTOMÍA EN PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA (PTI)?

O. Capdevila Pons¹, A. Álvarez Soto², L. Iglesias Sáenz¹, A. Vidaller Palací¹ y R. Pujol Farriols¹

¹Medicina Interna, ²Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Analizar el valor predictivo de la respuesta a las inmunoglobulinas endovenosas (IGIV) sobre la respuesta a la esplenectomía en pacientes con PTI crónica del adulto.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de 88 pacientes diagnosticados de PTI y esplenectomizados en nuestro centro entre 1990 y 2004. Selección de los que fueron tratados con IGIV previamente a la esplenectomía (45 p). Descripción de los datos demográficos y antecedentes clínicos. Análisis para datos apareados mediante la t de Student. Definimos la significación estadística con

una $p < 0,05$. Se ha analizado la respuesta tanto a las IGIV como a la esplenectomía clasificando a los pacientes como respondedores ($> 50 \times 109/L$ plaquetas sin tratamiento) y no respondedores ($< 50 \times 109/L$ plaquetas o superior con tratamiento).

Resultados. 45 del total de 88 pacientes fueron tratados con IGIV previamente a la realización de la esplenectomía. Se excluyó uno por falta de seguimiento. De los 44 pacientes restantes, 27 eran mujeres (61,3%). La edad media al diagnóstico era de 49 años (rango 15-78) y la edad media en el momento de la esplenectomía de 51,66 años (rango 18-78). La cifra media de plaquetas antes de la administración de IGIV fue de $20,25 \times 109/L$, a los tres días de la infusión fue de $111 \times 109/L$, y antes de la esplenectomía fue de $107,5 \times 109/L$. A los tres días de la administración de las IGIV, 34 pacientes (77,3%) obtuvieron cifras de plaquetas superiores a $50 \times 109/L$ y el resto (22,7%) no respondieron al tratamiento. Existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre la cifra de plaquetas previa a la administración de IGIV y la cifra de plaquetas a los tres días de la infusión. De los 34 pacientes que respondieron a las IGIV, cinco (14,7%) fueron no respondedores al mes y 6 meses de la esplenectomía, y sólo 3 (8,8%) no respondieron al año de la intervención. De los diez pacientes no respondedores a las IGIV, siete (70%) respondieron al mes de la esplenectomía, y cuatro (40%) a los 6 y 12 meses de la intervención. Uno de los pacientes falleció antes de los 6 meses de seguimiento. Existe una relación estadísticamente significativa entre la administración de IGIV, independientemente de la administración y respuesta a corticoides, y la respuesta positiva a los 6 y 12 meses de la esplenectomía, así como entre la respuesta positiva precoz a las IGIV y la respuesta a los 12 meses de la esplenectomía.

Discusión. La PTI es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la presencia de destrucción periférica de plaquetas secundaria a la presencia de anticuerpos antiplaquetarios. Las opciones terapéuticas para esta enfermedad incluyen corticoesteroides, esplenectomía, inmunoglobulinas endovenosas a altas dosis (IGIV), inmunosupresores o inmunglobulinas antiD. La esplenectomía sigue siendo el tratamiento más efectivo para pacientes con PTI crónica que no responden o recaen tras el tratamiento de primera línea, pero no está exenta de riesgos. Numerosos estudios han intentado relacionar como factor predictivo la respuesta a las IGIV con la respuesta a la esplenectomía con resultados controvertidos.

Conclusiones. En nuestra serie, la administración de IGIV es un factor predictivo positivo independiente de la respuesta a los 6 y 12 meses de la esplenectomía. La respuesta precoz a las IGIV tiene un valor predictivo positivo de la respuesta a la esplenectomía a los 12 meses. Sin embargo, el número de pacientes no respondedores a las IGIV que responden favorablemente a la esplenectomía no es despreciable, por lo que no podemos descartarla como tratamiento en estos casos.

V-086

PAPEL DE LA OBESIDAD CENTRAL SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

E. Gómez Nebreda¹, A. González Sanso², J. Marqués de la Rosa³, H. Rodríguez Rosas⁴, I. Peiró Martínez⁴, P. Soriano⁴, P. de Pablos Velasco⁴ y P. Betancor León⁴

¹M. Interna, ²Endocrinología. Universitario de G. C. Dr. Negrín. Las Palmas de G. C., Las Palmas. ³Medicina Familiar y Comunitaria. C. S. Escaleritas. Las Palmas de G. C., Las Palmas. ⁴Endocrinología. Universitario de Tenerife. La Laguna, Tenerife.

Objetivos. Valorar el impacto de la obesidad central (OC) sobre la presión arterial (PA) en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM-2).

Material y métodos. Se analizaron los pacientes con DM-2 remitidos en 2004 desde atención primaria (AP) a los Servicios de Endocrinología de Canarias. En la primera consulta se determinaron edad, sexo, duración de la DM-2, medicación, peso, talla, perímetro de cintura, tensión arterial y HbA1c. La obesidad central (OC) se definió según ATP-III. El análisis estadístico se hizo mediante la prueba T para muestras independientes.

Resultados. Se registraron datos de 428 pacientes. 53,3% eran mujeres. Según el IMC el 11,5%, el 43%, el 26,2% y el 19,3% pre-

sentaron normopeso, sobrepeso, obesidad grado II y obesidad grado III, respectivamente. El 80,4% presentaban OC. Los pacientes fueron clasificados según la existencia de OC. Las prevalencias de HTA fueron de 80,5% en no-OC y del 88,5% en OC. No existieron diferencias en la edad media ($62,11 \pm 11,27$ frente a $62,51 \pm 10,55$ años), pero sí en el número medio de fármacos antihipertensivos ($0,55 \pm 0,95$ frente a $1,01 \pm 1,09$, $p < 0,01$), en la PAs ($134,99 \pm 18,94$ frente a $142,42 \pm 20,56$ mmHg, $p < 0,01$) y en la PAD ($77,93 \pm 11,54$ frente a $81,93 \pm 11,23$ mmHg, $p < 0,01$). **Conclusiones.** La prevalencia de HTA es muy elevada en la población con DM-2. La presencia de OC en la DM-2 se asoció con unas cifras más elevadas de PAs y PAD y con un número mayor de fármacos antihipertensivos, a pesar de no existir diferencias en la edad.

V-087 MACRO-CREATINCINASAS TIPO I Y II: SU RELEVANCIA CLÍNICA

A. Alguacil Muñoz¹, M. Ruiz Gines², A. Sánchez Solla², M. Calafell Más², J. Díaz Baltasar², J. Troya García¹ y E. Fernández Rodríguez²

¹Medicina Interna, ²Bioquímica. Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos. Las macrocreatincinasas (Macro-CK) son complejos de isoenzimas de creatincinasas (CK) que presentan un elevado peso molecular y una movilidad electroforética diferente a las isoenzimas de CK (CK-BB, CK-MM, CK-MB y CK-mitocondrial). Actualmente se conocen 2 tipos: Macro-CK tipo I (CK-BB ó CK-MM unidas a Inmunoglobulinas) y Macro-CK tipo II (polimeración enzimática con CK-mitocondrial). Su importancia radica en ser frecuente causa de errores diagnósticos al dar lugar a falsas elevaciones de CK-MB y por su relación con diversos procesos clínicos. Nuestro objetivo es conocer el tipo de Macro-CK existente en pacientes de nuestra área sanitaria con sospecha de macro-CK y los procesos clínicos implicados. **Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes que acudieron al S. de Urgencias desde de Enero de 2004 hasta Julio de 2005, a los cuales se les solicitó determinaciones de CK y CKMB (Técnica de inmunoinhibición) con vista a descartar C. Isquémica. Se consideró probable la presencia de Macro-CK si el porcentaje CK/CK-MB era mayor del 25%. La identificación de las isoenzimas de CK fueron realizadas mediante electroforesis en gel de agarosa.

Resultados. 25 pacientes cumplían los requisitos de Macro-CK. De ellos 13 casos tenían Macro-CK tipo I, 7 casos tenían Macro-CK tipo II, 2 casos presentaban ambas macroenzimas y 3 pacientes tenían un incremento de la isoenzima BB (CK1) o MB (CK2). Los 15 casos con Macro-CK tipo I tenían una edad media de 66 años (4-90), (11 mujeres y 4 varones). Los niveles medios de CK fueron 276 mU/mL con una CK-MB de 447 U/L (166%). En este grupo de pacientes, 10 (66,6%) presentaban patología cardíaca (Dolor torácico atípico, C. Isquémica, ICC, FA), 6 (40%) presentaban D. Mellitus, 4 (26%) presentaban gonartritis, artromialgias con Eritema Nodosum) y 2 con alteraciones cerebrales (ACVA occipital, Epilepsia). Los 9 casos con Macro-CK tipo II tenían una edad media de 71 años (32-90), (3 mujeres y 6 varones). Los niveles medios de CK fueron 313 mU/mL con una CK-MB de 610 U/L (194%). En 8 de éstos 9 pacientes (88,8%) presentaban procesos tumorales malignos (3 casos con Ca de próstata, 3 Ca digestivo, 1 Linfoma Burkitt y 1 carcinoma de origen desconocido), con un 77,7% de metástasis hepáticas u óseas y una mortalidad alta (5 éxitus). Sólo 1 paciente padecía una hepatopatía crónica por VHC.

Discusión. En nuestro estudio, observamos una mayor frecuencia de la Macro-CK tipo I (60% de los casos), con una distribución preferente del sexo femenino, mientras que la Macro-CK tipo II era algo más frecuente en varones. A destacar 2 casos con ambos tipos de Macro-CK. En 3 pacientes del total de los 25 casos que reunían criterios de Macro-CK, el estudio electroforético posterior demostró que se trataba de un aumento de la isoenzima CK-BB y CK-MB. Aunque la presencia de macro-CK es mayor en edades avanzadas, encontramos un caso de 4 años con Macro-CK tipo I. Este hecho podría atribuirse a las características de los pacientes que acuden al S. de Urgencias. En nuestro estudio observamos que el 67% de los pacientes con Macro-CK tipo I presentaban alguna patología cardiovascular, el 40% D. Mellitus y el 27% patología músculo-articular con

posible componente autoinmune (Eritema Nodosum). Reseñar que el 89% de los pacientes con Macro-CK tipo II padecían procesos neoplásicos, destacando la presencia de tumores de origen digestivo y de próstata, con afectación metástasis, siendo las más frecuentes en hígado y hueso (77,7%), y una alta mortalidad del 56% (5 éxitus).

Conclusiones. 1) El reconocimiento y comprensión de las macrocreatincinasas es fundamental para una correcta interpretación tanto en el laboratorio como en el manejo clínico. 2) La Macro-CK tipo II, se asocia con procesos malignos metastásicos de alta mortalidad, mientras que la Macro-CK tipo I se asocia con enfermedad cardiovascular, Diabetes Mellitus y afectación osteomuscular. ¿autoinmune? 3) Sería conveniente ampliar su conocimiento con otros estudios para valorar su implicación como marcador de enfermedad.

V-089 HEMANGIOEPITELIOMA EPITELIOIDE PULMONAR

G. González¹, M. Mena², J. Jiménez², M. Arévalo² y R. Sánchez²

¹Neumología. Universitario. Albacete. ²Neumología. Gutiérrez Ortega, Valdepeñas, Ciudad Real.

Objetivos. El hemangioendotelio epitelioide pulmonar es un raro tumor multicéntrico llamado previamente tumor intravascular broncoalveolar del que están descritos menos de 100 casos en el mundo **Material y métodos.** Metodología Se trata de un varón de 80 años, nunca fumador, sin antecedentes personales de interés, trabajador del campo y de un embalse e intervenido de próstata. La clínica consistía en disnea de grandes esfuerzos y dolor torácico posterior izquierdo de larga evolución irradiado a fosa renal ipsilateral. En la exploración física destacaba la presencia de acropaquias llamativas en ambas extremidades superiores e inferiores así como edemas con fovea tibiomaleolares. Resultados (radiología) En las exploraciones complementarias destacaban a nivel de la Rx Tórax: Derrame pleural bilateral con pinzamiento de ambos senos costofrénicos, imágenes de aumento de densidad no bien definidas y de aspecto seudonodular a nivel de LSI y LSD acompañadas de infiltrado inespecífico infrahiliar derecho. TAC Torácico: Imagen de infiltrado parahiliar derecho y pequeños nódulos bilaterales, el mayor de 1.5 cm en LSI. y TAC abdominal sin hallazgos significativos, salvo quistes renales.

Resultados. Resultados (diagnóstico) Toracocentesis: trasudado con valor de colesterol de 46, glucosa 149, LDH 195, proteínas 3,57, con cultivo negativo, citología negativa para células tumorales malignas y abundante linfocitosis. Se realizó broncoscopia que no mostró lesiones endobronquiales, siendo el resultado de las biopsias bronquiales de inflamación crónica inespecífica y una punción guiada por TC de nódulo LSI no representativa. Realización de biopsia pulmonar abierta hemangioepitelioma epitelioide pulmonar. Resultados (tratamiento) El paciente tuvo múltiples ingresos hospitalarios por disnea recibiendo tratamiento broncodilatador, corticoideo, diurético y precisando toracocentesis evacuadoras. Se realizó tratamiento con quimioterapia que no toleró. Toracoscopia derecha con talcaje y biopsia con inflamación crónica.

Discusión. EL hemangioepitelioma es una entidad poco frecuente y raramente se asociada a derrame pleural bilateral. Se establece un posible diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares múltiples

Conclusiones. Se trata de una entidad poco frecuente así como su asociación a derrame pleural. No hubo respuesta a tratamiento con quimioterapia. Posible diagnóstico diferencial con nódulos pulmonares múltiples

V-090 INDUCCIÓN DE LA EXPRESIÓN DE CD154 POR ANÁLOGOS DE PURINAS Y APARICIÓN DE FENÓMENOS AUTOINMUNES EN LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA DE CÉLULAS B

M. Citores Sánchez¹, J. García Marco², R. Castejón¹, P. Tutor de Ureta¹, C. Lorences¹ y J. Vargas Núñez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Aunque la leucemia linfocítica crónica de células B (LLC-B) se caracteriza por una inmunodeficiencia importante, algunos pa-

cientes (5-35%) desarrollan fenómenos autoinmunes durante su enfermedad, fundamentalmente tras el tratamiento con análogos de purina. Debido a la importancia que tiene CD154 (CD40L) en la autoinmunidad, el objetivo de este trabajo ha sido valorar si la aparición de fenómenos autoinmunes en la LLC-B puede estar relacionada con la inducción de la expresión de CD154 por los análogos de purina en dichos pacientes.

Material y métodos. Se estudiaron 33 pacientes (14 mujeres, 19 varones) con una edad de 67.8 ± 10.1 años, con LLC-B. Se recogieron los datos clínicos de los pacientes al diagnóstico, en el momento del estudio, y durante la evolución de su enfermedad (tiempo de seguimiento entre 4 y 44 meses desde el estudio). Las células mononucleares de sangre periférica (PBMC), aisladas mediante centrifugación en un gradiente de densidad, se sometieron a cultivo *in vitro* en presencia y ausencia de análogos de purinas (fludarabina o 2-cloro-deoxiadenosina [2-CDA]) y de un agente alquilante (clorambucil) durante 24 y 48 horas. A continuación se cuantificó la expresión de CD154 en los linfocitos T CD4+ y en las células tumorales (LB CD19+CD5+) mediante citometría de flujo. Se valoró la asociación entre la expresión de CD154 tras los fármacos y la presencia de manifestaciones autoinmunes en los pacientes así como con otras características clínicas y analíticas con valor pronóstico. El estudio estadístico se realizó mediante la prueba de Mann Whitney y la corrección de Fisher para la prueba de la Chi-cuadrado.

Resultados. Ocho pacientes (24.2%) expresaron CD154 en los linfocitos T CD4+ tras el cultivo *in vitro* con los análogos de purinas (fludarabina, 2CDA o ambos) durante 48 horas ($8.4+/-5.5\%$, IMF $1.3+/-0.2$). No se encontró la expresión de dicha proteína en ausencia de fármacos, y sólo dos pacientes la expresaron con clorambucil, aunque también lo hicieron con fludarabina. Los pacientes que expresaron CD154, presentaban más linfocitosis ($p = 0.04$) y más trombopenia ($p = 0.02$) que aquellos en los que no se indujo la expresión de dicha proteína. Sin embargo, esta expresión era independiente del estadio clínico o del cariotipo de los pacientes, del porcentaje de linfocitos T, de los niveles de inmunoglobulinas, así como de factores pronóstico de la enfermedad como expresión de CD38 y de ZAP-70, tiempo de duplicación linfocitaria, morfología de la célula tumoral, tipo de infiltración de la médula ósea, niveles de beta-2-microglobulina o de LDH. Ocho pacientes presentaron anemia hemolítica o trombopenia autoinmune en algún momento de su enfermedad, cinco de los cuales lo hicieron después de recibir tratamiento *in vivo* con análogos de purina. La aparición de autoinmunidad estaba relacionada con la inducción *in vitro* de CD154 por análogos de purinas ($p = 0.001$), siendo CD154+ seis de ellos.

Discusión. A pesar del beneficio de los tratamientos convencionales con análogos de purinas en la LLC-B, algunos pacientes desarrollan fenómenos autoinmunes como anemia hemolítica o trombopenia autoinmune tras los mismos, lo que dificulta su manejo. Así, resultaría de un gran apoyo para el clínico, el disponer de factores predictivos del desarrollo de autoinmunidad en esta enfermedad. CD154 se encuentra hiperexpresado en enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso, artritis reumatoide o esclerosis múltiple, y está íntimamente relacionada con la producción de autoanticuerpos. En este trabajo hemos observado que los análogos de purina pueden inducir la expresión de CD154 en algunos pacientes con LLC-B, y que se relaciona con la aparición de fenómenos autoinmunes en los mismos.

Conclusiones. Los análogos de purinas inducen *in vitro* la expresión de CD154 en algunos pacientes de LLC-B y está relacionada con la aparición de manifestaciones autoinmunes.

V-091

SÍNDROME DE TAKO-TSUBO: DESAFIANDO AL DOLOR TORÁCICO

M. Mijana Casanovas¹, M. Ribell Bachs¹, J. Illa Gay², B. Consola Maroto¹, A. Almuedo Riera¹, E. Martínez Losada¹, J. Mercader Cuesta¹ y S. Montull Morer¹

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

Objetivos. Estudiar la prevalencia y características del Sd. de Tako-Tsubo en la experiencia de un Hospital de Referencia en el período de un año.

Material y métodos. Pacientes que consultaron durante el último año (julio 2004 a julio 2005) en urgencias de nuestro hospital por

dolor torácico sugestivo de angina, con cambios electrocardiográficos. En todos ellos se determinaron enzimas cardíacas y ECG; además de ecocardiografía, SPECT y/o coronariografía según protocolo.

Resultados. En los últimos 12 meses (2004-2005), 140 pacientes fueron ingresados en el servicio de Medicina Interna (Unidad de Cardiología) de nuestro centro por IAM. De éstos, el 48% (67/140) fueron pacientes con con IAM y elevación del segmento ST. De este grupo, 3 pacientes se diagnosticaron de Sd. de Tako-Tsubo o Discinesia Apical Transitoria (DAT). Todos habían consultado en urgencias por dolor torácico típico acompañado de cambios electrocardiográficos: elevación del segmento ST. Dos de ellos eran mujeres y uno era un hombre, de edades comprendidas entre 52 y 74 años. Todos presentaban antecedentes de HTA, dislipemia y factor emocional estresante. Se realizó fibrinólisis en los tres casos con buena evolución clínica. La coronariografía mostró arterias coronarias sin lesiones angiográficas. La ventriculografía objetivó discinesia apical con formación de «ballooning» en sístole (2 cavidades). En todos los casos, la curva enzimática fue negativa por isquemia.

Discusión. El Sd. Tako-Tsubo o Discinesia Apical Transitoria (DAT) es una enfermedad descrita recientemente, de predominio en el sexo femenino y de etiología relacionada con factores emocionales estresantes. Clínicamente se presenta con dolor torácico de características anginosas con cambios electrocardiográficos compatibles con SCA y enzimas cardíacas sin elevación significativa por isquemia. La coronariografía muestra arterias coronarias sin lesiones angiográficas con una ventriculografía característica, visualizando en sístole la formación de dos cavidades ventriculares - efecto conocido como «ballooning». El tratamiento es médico con IECAS y B-bloqueantes, y las alteraciones ecocardiográficas regresan al cabo de un tiempo. La presentación clínica se confunde fácilmente con la cardiopatía isquémica clásica, lo cual comporta la realización de procedimientos y tratamientos clásicos de cardiopatía isquémica.

Conclusiones. La DAT o Sd. Tako-Tsubo habitualmente simula un infarto agudo de miocardio con ascenso del segmento ST, tratándose con terapias de reperfusión. Para su diagnóstico es necesaria la coronariografía y/o ecocardiografía. En el último año se han diagnosticado tres casos en nuestro hospital, lo que representa el 4,5% de los enfermos atendidos con dolor torácico anginoso y ascenso del ST; porcentaje no despreciable en nuestra serie.

V-092

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Rey Rodríguez¹, P. Retamar Gentil¹, J. Reveriego Blanes¹, M. Camacho Fernández¹, J. Venero Gómez¹, J. Rubio Rubio¹, F. Rabadán Bujalance² y P. Fernández Argüelles Vintueño³

¹Medicina Interna, ²Cuidados Críticos y Urgencia, ³Psiquiatría. Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Advertir de los riesgos, especialmente metabólicos, infecciosos y neurológicos, de la cirugía bariátrica (CB).

Material y métodos. Se presentan dos pacientes sometidos a CB y que a medio-corto plazo desarrollaron graves y complejas alteraciones de rara expresión clínica. Caso 1: Varón, 48 años, esquizofrenia paranoide, obesidad mórbida, CB en Sept del 2003: Gastroplastia reductora anillada junto a by pass yeyuno ileal. Caso 2: Mujer, 47 años., HTA. DM2. Hipotiroidismo. Esteatosis hepática. Trastorno depresivo. Obesidad mórbida. CB en Junio 2004: Gastroplastia reductora anillada más by-pass yeyuno-ileal.

Resultados. Caso 1: Reingresa en Psiquiatría a los 5 meses de la intervención por empeoramiento de sus síntomas psicóticos. Fiebre, Celulitis infectada en MMII, ITU de repetición, Síndrome de Malabsorción con hipopotasemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipovitaminosis D, anemia ferropénica. Notable mejoría de los síntomas psicóticos al normalizarse los parámetros bioquímicos alterados. Caso 2: A los 7 meses de la CB ictericia colostática y encefalopatía fluctuante, esteatosis hepática junto con severas complicaciones: - Infecciosas: Infección respiratoria por Mycoplasma, Candidiasis sistémica, Absceso en brazo izquierdo, ITU, Picos febriles reiterados sin evidencia de foco ni endocarditis. -Cardiocirculatorias: Taquicardia mantenida. - Respiratorias: Edema pulmonar - Metabólicas: Anasarca, Hipopotasemia, Hipoproteinemia - Hematológicas: Ane-

mia macrocítica con valores normales de Ac Fólico y Vit B12 - Neurológicas: Signos de Encefalopatía (bradipsiquia y alteración de la conciencia) Degeneración Combinada Subaguda de la médula (parálisis progresiva, dificultad de deglución, afectación de esfínteres) y Polineuropatía sensitiva (dolores y disestesias en las extremidades). Hiperintensidad de la vía piramidal en RM craneal) Tras terapia intensiva la paciente mejora permaneciendo estable en la actualidad y en tratamiento rehabilitador.

Discusión. La CB tiene riesgos que deben ser prevenidos, diagnosticados y tratados lo cual a veces puede entrañar gran dificultad por la complejidad y rareza de algunos cuadros clínicos. Sus especiales efectos sobre la inmunidad y la absorción de nutrientes esenciales pueden determinar una semiología inhabitual que debe ser cuidadosamente valorada. La CB compromete a la función intestinal y muy especialmente a la nutrición calórico-proteica, el metabolismo hidroelectrolítico, la absorción de nutrientes esenciales (oligoelementos, vitaminas) y fármacos, el ciclo enterohepático y la inmunidad general. Son comúnmente advertidas la malabsorción y la esteatosis hepáticas como riesgos propios de la CB (1) Nuestros dos pacientes presentaban evidentes signos de malabsorción con complicaciones nutricionales, infecciosas y sistémicas que alteraron gravemente sus patologías de base. Son destacables las manifestaciones neurológicas del caso nº 2, especialmente la encefalopatía con especial afectación de la vía piramidal en la RM, atribuible, aunque no confirmada, a carencia de vit B12 y/o de Tiamina. (2) (1) Outcomes evaluation after bariatric surgery. J Am Coll Surg 2004, Mar 198 (3) (2) Wernicke encephalopathy. An emerging trend after bariatric surgery., Am J Med 2004 Nov 15; 117 (10) 804-5

Conclusiones. Estimamos que la indicación de la CB en un paciente con obesidad mórbida y sobre todo si presenta una severa patología de base, así como su seguimiento y el tratamiento posterior de las complicaciones debe ser evaluado por personal experto, idealmente especialista de Medicina Interna por su complejo mecanismo patogenético y su alto riesgo de pluripatología. Llamamos la atención sobre el riesgo especial de encefalopatía de presentación inhabitual y de origen carencial en estos pacientes.

V-093

URGENCIAS POR COCAÍNA: UNA EPIDEMIA CRECIENTE

E. Sanjurjo Golpe¹, E. Montori Palacín¹, S. Nogue Xarau², M. Cardona Ribera¹, M. Sánchez² y P. Munne²

¹Medicina Interna, ²Toxicología, ³Urgencias Medicina. Hospital Clinic. Barcelona.

Objetivos. En los últimos años se ha producido en nuestro país un cambio en el patrón de consumo de las drogas de abuso, constado por las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas y por los decomisos realizados por la policía. Uno de estos cambios, ha sido el consumo creciente de cocaína, cuya toxicidad puede verse potenciada por el uso concomitante de otras drogas, generando sobredosis y consultas a los Servicios de Urgencias (SU). **Objetivos:** Verificar si se ha producido un aumento de las urgencias generadas por el consumo de cocaína en los últimos 3 años. Describir las características clínicas y toxicológicas de los pacientes que acuden a un SU por una sobredosis de cocaína.

Material y métodos. Durante el período 2002-2004, se han revisado todas las consultas de pacientes al SU y que referían consumo de cocaína. Se recogieron los datos epidemiológicos, clínicos y evolutivos, así como los resultados de la analítica toxicológica cuando ésta se realizó. Se analizó el papel de la cocaína en el motivo de consulta. **Resultados.** Se han incluido 692 admisiones en el SU de nuestro Hospital relacionadas con la cocaína, con una edad media de 32 años y siendo varones el 68%. La distribución anual fue 2002: 221 casos, 2003: 229 casos y 2004: 242 casos. La consulta se realizó en el 53% de los casos durante el fin de semana y en el 52% entre las 00 y las 12 horas. Los tóxicos asociados al consumo de cocaína fueron: 39% alcohol, 14% opiáceos, 13% cannabis y 9% anfetaminas. La cocaína fue el tóxico responsable directo del cuadro clínico en el 70% de los casos. Los motivos principales de consulta fueron ansiedad o agitación (32%) y dolor torácico o palpitaciones (26%). El 9,5% requirió ingreso hospitalario (11 casos en UCI) y sólo hubo 1 caso mortal.

Discusión. El incremento en el uso de cocaína en los últimos años se ha correlacionado con un aumento en las consultas al SU gene-

radas por su consumo. El perfil del consumidor de cocaína es el de un varón de unos 30 años, que realiza el consumo en fin de semana, asociando con frecuencia otros tóxicos como el alcohol, los opiáceos o el cannabis. Los motivos de consulta al SU se derivan con mayor frecuencia del efecto adrenérgico de la cocaína.

Conclusiones. El consumo de cocaína, asociado casi siempre a otras drogas de abuso, ha generado un incremento de las consultas a los SU. Si bien la mortalidad es muy baja, el consumo de cocaína comporta morbilidad y frecuente ingreso hospitalario.

V-094

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR Y ESCLERODERMIA

J. Fernández Herranz¹, J. de Miguel Díez², L. Álvarez Sala Walher¹, J. Filgueira Rubio¹ y F. Torres Segovia¹

¹Medicina Interna III, ²Neumología. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La esclerosis sistémica es una enfermedad crónica de etiopatogenia autoinmune, en la que predominan las alteraciones vasculares y la fibrosis de los tejidos. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una de las principales causas de mortalidad en esta enfermedad. Se define como una presión arterial pulmonar media mayor de 25 mmHg en reposo o mayor de 30 mmHg durante el ejercicio, con una presión de enclavamiento capilar pulmonar normal. Los objetivos del presente estudio son: 1. Determinar la prevalencia de la esclerodermia en nuestro medio. 2. Conocer la prevalencia del HAP asociada, así como su posible relación con otros factores. 3. Registrar el tratamiento seguido hasta la actualidad de los pacientes con ambas condiciones.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de casos clínicos. Se han incluido los pacientes diagnosticados de «esclerosis sistémica» entre enero de 1995 y julio de 2005 en los servicios de Medicina Interna y Reumatología del HGU Gregorio Marañón. El método diagnóstico de HAP ha sido el hallazgo de una PSAP igual o mayor de 35 mmHg en ecocardiograma doppler, en pacientes en los que se haya excluido otra etiología. Hemos analizado datos antropométricos, patologías concomitantes, hallazgos ecográficos, espirométricos y radiológicos y el tratamiento seguido por los pacientes diagnosticados de HAP secundaria. Para la comparación de las variables cualitativas se ha empleado la prueba de la X2. Para la comparación de los datos cuantitativos se ha usado la T de Student para variables independientes.

Resultados. Se han encontrado 45 pacientes diagnosticados de esclerodermia, 27 con esclerosis sistémica (60%) y 16 con esclerosis localizada (35,6%). La prevalencia hallada ha sido de 44,62 casos por millón de habitantes. El número de enfermos con el diagnóstico de HAP ha sido de 10 lo que supone un 22,2% del total de pacientes con esclerosis sistémica y un 38,46% de los sujetos en los que se realizó el ecocardiograma (solamente al 58% del total, a pesar de que la recomendación es realizar un ecocardiograma anual) y fue posible medir la PSAP. Se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre HAP, fibrosis pulmonar y cardiopatía estructural (p = 0,004 y 0,022 respectivamente). En el análisis de regresión logística no hemos encontrado factores determinantes de la presencia de HAP en los pacientes con esclerodermia. En cuanto al tratamiento seguido por los sujetos del estudio se aprecia que la utilización de fármacos calcio antagonistas ha sido mayoritario, del 42,2% mientras que el empleo de prostaglandinas ha sido escaso, del 6,6% y el de los antagonistas de la endotelina nulo.

Discusión. Algo que llama la atención a la vista de los datos obtenidos es, sin duda, el hecho de que la HAP está infradiagnosticada en los pacientes con esclerosis sistémica. Esto se debe, en gran medida, a que no se realizan las pruebas diagnósticas necesarias para ello. La HAP puede aparecer sin que necesariamente exista afectación intersticial, por lo que es posible atribuirla no sólo a los cambios fibróticos del parénquima pulmonar sino también a las modificaciones de la estructura vascular inherentes a la propia enfermedad. En nuestro estudio sí hemos detectado una asociación significativa entre fibrosis pulmonar e HAP. En otras series se ha encontrado una relación entre ambas condiciones en un 18% de los casos. También en este estudio se han encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la cardiopatía estructural y la hipertensión pulmonar. Todos los pacientes que cumplían criterios pa-

ra ser diagnosticados de HAP presentaban simultáneamente algún tipo de anomalía cardíaca estructural. Es destacable el hecho de que ninguno de los pacientes incluidos en el estudio hubiera recibido ninguno de los nuevos fármacos (p.e. antagonistas de la endotelina) que se han introducido los últimos años.

Conclusiones. Como conclusiones podemos decir que la HAP es un problema infradiagnosticado en los enfermos con esclerosis sistémica. Se trata, además, de una patología que cuando se detecta no se trata ni se sigue de una manera correcta al menos en la muestra seleccionada para nuestro estudio.

V-096
VALOR DE LOS ANTICUERPOS ANTIPROTROMBINA EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

I. Pérez Valero¹, A. Robles Marhuenda¹, J. J. Ríos Blanco¹, M. Cuesta², A. Pascual Salcedo³, P. Lavilla¹ y A. Gil Aguado¹

¹Medicina Interna, ²Hematología, ³Inmunología. Hospital La Paz. Madrid.

Objetivos. Evaluar el papel de los anticuerpos contra el complejo fosfatidilserina/protrombina (PS/PT) en un grupo de 147 pacientes incluidos en el estudio GESAF.

Material y métodos. Se estudiaron 147 pacientes con anticuerpos definitorios de síndrome antifosfolípido (SAF) según el consenso de Sapporo. A todos ellos se les determinó la presencia de anticuerpos frente al complejo PS/PT. Se diferenciaron tres grupos: uno de 64 pacientes con SAF primario, otro de 41 con SAF secundario y otro de 42 portadores asintomáticos de aFL. La positividad para el anticoagulante lúpico (AL) fue definida por los criterios del SSC. Los anticuerpos antifosfolípido (aFL) fueron cuantificados mediante ELISA manual. El punto de corte para títulos medio-altos de anticuerpos frente al complejo cardiolíplina/ β 2-glicoproteína (CL/ β 2GPI) se estableció en 20 U y frente a PS/PT en 14 U. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS utilizando el test exacto de Fisher y regresión logística. Se analizaron las relaciones (globales y por grupos) entre los distintos aFL y la presencia de manifestaciones clínicas definitorias de SAF.

Resultados. De los pacientes estudiados, 106 eran mujeres y 41 varones, con una media de edad de 45 \pm 15 años. En la tabla 1 se resumen parcialmente los principales datos obtenidos. El 100% de los pacientes que presentaron anti-PS/PT tenían AL. La presencia de anti-PS/PT IgG fue mayor en pacientes con SAF que en asintomáticos (p = 0,049) y definió un grupo con mayor riesgo de trombosis venosa (p = 0,0001), con una OR para esta asociación de 4.8 [95% IC: 1.6-13.5]. En el estudio de subgrupos la asociación sólo se mantuvo en el grupo de pacientes con SAF primario. Esta relación se demostró también para el AL (p = 0,041). Ninguna otra asociación de aFL con manifestaciones clínicas se mostró significativa, excepto la de anti-CL/ β 2GPI con anomalías obstétricas en pacientes con SAF secundario.

Discusión. Parece clara la asociación entre los anti-PS/PT y el SAF. Sin embargo, no hay evidencia científica de que estos aFL condicionen mayor riesgo trombótico. Nuestro trabajo establece una fuerte asociación entre los anti-PS/PT y las trombosis venosas, en concordancia con estudios recientes. Es posible que la presencia de estos aFL seleccione un grupo de pacientes de alto riesgo que podría beneficiarse de una anticoagulación oral potente (INR > 3). La falta de correlación con las trombosis arteriales podrían deberse a la patogenia multifactorial de las mismas.

Conclusiones. La presencia de anticuerpos frente al complejo PS/PT confiere un riesgo aumentado de trombosis venosas. Estos pacientes de alto riesgo podrían ser candidatos a una anticoagulación oral más intensa. Los anti-PS/PT deberían incluirse entre los criterios de laboratorio definitorios de SAF.

V-097
STRONGYLOIDES STERCORALIS. DOS CASOS CLÍNICOS TREINTA AÑOS DESPUÉS DEL CONTAGIO

M. Ruiz Grinspan, F. de la Hera Fernández, E. Aguilar Romo, B. Castella Serrano, C. Martín Márquez, L. Rico Zalba y J. Pereda García

Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Objetivos. El aumento de la población inmigrante y del turismo a zonas tropicales y subtropicales ha conllevado la aparición en nuestro área de ciertas enfermedades, entre ellas algunas parasitosis, con las que hasta ahora no se tenía demasiada experiencia. En el caso concreto de la estrongiloidiasis, el paciente puede presentar la clínica más de diez años después de haber permanecido en la zona endémica. Nuestro objetivo es llamar la atención sobre esta parasitosis, de forma que pase a formar parte del diagnóstico diferencial de aquellos casos en los que el paciente haya estado en algún área endémica, independientemente del tiempo transcurrido.

Material y métodos. Dos casos clínicos y revisión de la literatura.

Resultados. Los autores presentan dos casos clínicos de estrongiloidiasis intestinal. El primer paciente es un varón de 41 años, natural de Guinea-Bissau, que había vivido en Europa desde los 10 años de edad. Consulta por cuadro de dolor abdominal de un año de evolución, junto con intensa astenia y pérdida de 12 kg de peso en los dos últimos meses. Como parte del estudio del cuadro, se solicitó una gastroscopia, mediante la que se tomaron biopsias de mucosa duodenal, que mostraron infestación por *Strongyloides stercoralis*. Fueron necesarios tres ciclos de tratamiento con albendazol para erradicar el parásito. El segundo paciente es un varón de 81 años, natural de Cuba y residente en Madrid desde los 40 años. Entre sus antecedentes patológicos, destaca miastenia gravis en tratamiento con piridostigma, azatioprina y metilprednisolona. Ingresó en nuestro hospital por un cuadro de diarrea de un mes de evolución, junto con dolor abdominal cólico y náuseas. Se realizó también una gastroscopia con toma de biopsias de mucosa duodenal, que pusieron de manifiesto de nuevo infestación por *Strongyloides stercoralis*. Además de suspender el tratamiento inmunosupresor, se requirió realizar dos ciclos de tratamiento con albendazol y uno con ivermectina para que las determinaciones de parásitos en heces se hicieran negativas.

Discusión. *Strongyloides stercoralis* se diferencia de otros nemátodos por su capacidad de replicación dentro del huésped humano. Debido a esto, el cuadro clínico puede aparecer tras un largo periodo, a veces más de 30 años, desde la exposición al parásito. En huéspedes inmunodeprimidos, puede originar el síndrome de hiperinfestación, en ocasiones fatal. Además, la alteración de la mucosa gastrointestinal por la infestación por *Strongyloides* puede conllevar complicaciones infecciosas graves por gérmenes de la flora intestinal habitual (bacteriemia, neumonía, endocarditis, meningitis, entre otras).

Conclusiones. El incremento de la tasa de inmigración y del turismo a zona tropicales y subtropicales, junto con la revisión de estos dos casos clínicos y la literatura, nos lleva a enumerar las siguientes conclusiones: 1ª. Ante una eosinofilia no explicada, sobre todo en pacientes con enfermedades debilitantes, alcoholismo y/o sometidos a tratamiento inmunosupresor, se deben incluir las parasitosis dentro del diagnóstico diferencial de un caso clínico concreto. 2ª. Hay que recordar que la estrongiloidiasis puede ser la causa de cuadros de suboclusión intestinal, diarrea subaguda o crónica, dolor abdominal con o sin náuseas de larga evolución, aunque el paciente lleve un largo periodo de tiempo fuera de un área endémica. 3ª. Antes de iniciar un tratamiento inmunomodulador en pacientes que hayan estado en alguna zona endémica, especialmente si presentan eosinofilia y/o historia de otras parasitosis o lesiones cutáneas, se debería detectar y erradicar *Strongyloides stercoralis*.

Tabla 1. Presencia de aFL y manifestaciones trombóticas en los distintos grupos de estudio. (V-096).

| | aPS/PT G | aPS/PT M | aCL/ β 2 G | aCL/ β 2 M | AL | TA | TV |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|
| SAF primario | 19 pac (29%) | 18 pac (62%) | 39 pac (60,9%) | 23 pac (35,9%) | 53 pac (84,1%) | 32 pac (50%) | 28 pac (43,8%) |
| SAF secundario | 10 pac (24,4%) | 4 pac (9,8%) | 20 pac (48,8%) | 12 pac (29,3%) | 32 pac (80%) | 26 pac (63,4%) | 16 pac (39%) |
| FL silentes | 4 pac (9,5%) | 7 pac (16,7%) | 19 pac (45,2%) | 13 pac (31%) | 30 pac (73,2%) | | |

V-098**ADECUACIÓN A LOS PARÁMETROS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

F. Moreno Martínez, I. Escot Cabeza, M. Martín Escalante, F. Ruiz Mesa, R. Quirós López, J. Aguilar García, S. Domingo González y J. García Alegría

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Describir el grado de cumplimiento de estándares de calidad asistencial establecidos por organismos acreditados en pacientes ingresados con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACVA).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados con diagnóstico de accidente cerebrovascular en un servicio de Medicina Interna de un hospital general (CMBD), desde julio a diciembre de 2003. Se describe el grado de cumplimiento de estándares de calidad asistencial establecidos por la Joint Committé Association Organization (JC) y aquellos propuestos en el proceso asistencial de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó el programa SPSS 12.0.

Resultados. Se incluyeron 178 pacientes con ACVA, de los cuales 26 (6%) fallecieron durante el ingreso y no fueron incluidos en este estudio. Analizados 132 pacientes, el 61.4% eran varones, con una edad media de 69,58 años y estancia media de 8,83 días. Eran fumadores el 24.2%, diabéticos: 64.4%; hipertensos: 60,6% y dislipémicos: 22.7%. El 15.2% presentaban fibrilación auricular crónica, y 7.6% fibrilación auricular paroxística. Padeían cáncer el 6%, insuficiencia cardíaca el 13.6% y 11.4% EPOC. El 80% presentaron ACVA isquémico; 14% hemorrágico y 6% correspondieron a accidentes isquémicos transitorios. El grado de cumplimiento de indicadores de calidad propuestos por JC referentes a screening de disfagia, profilaxis de trombosis venosa profunda, administrar tratamiento antiagregante antes de 48h, indicación de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular al alta, realización de perfil lipídico durante ingreso hospitalario se realiza como protocolo a todos los pacientes que ingresan con diagnóstico de ACVA. La indicación de tratamiento antiagregante al alta en pacientes con ACVA isquémico se realizó a todos los pacientes menos en un caso. La información a familiares y enfermos sobre su enfermedad no queda constancia en ningún documento cumplimentado por el personal médico. El asesoramiento sobre los recursos sociales que existen para este tipo de pacientes lo realiza la trabajadora social en el 20,5% pacientes. La indicación del cese de hábito tabáquico no aparece en el informe de alta hospitalaria del 64% de pacientes fumadores. En cuanto a los indicadores de calidad propuestos por la Consejería de Salud el grado de cumplimiento es variable. Se realiza ecocardiograma en sólo el 65% de pacientes en los que se sospecha ACVA de origen cardioembólico. El inicio de rehabilitación antes de las 48 h únicamente se realiza en el 3% pacientes, en el 73.9% no se realiza y en el 21.6% no estaba indicada bien por recuperación del déficit o por situación basal de paciente. Se realiza ecodoppler durante el ingreso al 11.4% pacientes, tratándose de pacientes jóvenes con una media de edad 56.53 años. La indicación de medidas de control de factores de riesgo cardiovascular se realiza en todos los pacientes salvo en el 3%. La prevención de patología gástrica mediante prescripción de gastroprotectores en pacientes en los que se indica tratamiento antiagregantes se realiza en el 75.7% pacientes.

Discusión. Los resultados en cuanto a mortalidad y proporción de ACVA isquémicos y hemorrágicos se ajustan a lo publicado en otros estudios. Los indicadores de calidad de primera recomendación propuestos por JC se cumplen en un 100% de los casos, en muy probable relación con que este centro tiene acreditación por esta entidad. Los indicadores propuestos por la Consejería de Salud son una serie de actividades/conductas que presumiblemente redundarían en una mejor evolución del proceso, pero que su eficacia no está validada.

Conclusiones. Existe un elevado porcentaje de cumplimiento de parámetros de JC. Sin embargo hay una serie de puntos a mejorar para una atención de mayor calidad a nuestros pacientes con ACVA tales como la realización de tratamiento fibrinolítico en pacientes que cumplen indicación para ello, inicio de la rehabilitación antes de 48 h y aumentar el seguimiento del control de factores de riesgo cardiovascular.

V-099**RITMO CIRCADIANO DE LA SECRECIÓN DE MELATONINA EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA**

M. González Benítez, R. Fernández Parrilla, M. Beltrán Robles, M. Fernández Sánchez y A. Grilo Reina

Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Objetivos. La melatonina es una neurohormona producida en la epífisis, con acción moduladora de los ritmos circadianos del organismo. Los trastornos del sueño son muy frecuentes en el síndrome de fatiga crónica. Se ha sugerido que la administración de melatonina podría normalizar el ciclo del sueño en estos pacientes. Objetivo: conocer el ritmo circadiano de la secreción de melatonina en pacientes con síndrome de fatiga crónica.

Material y métodos. Se seleccionó a pacientes que cumplieran criterios de síndrome de fatiga crónica y aceptaron participar en el estudio (consentimiento informado). A cada paciente se le canalizó una vía venosa periférica y se tomó una muestra de sangre cada tres horas, desde las 6 p.m. hasta las 9 a.m. (seis muestras en total). Los niveles plasmáticos de melatonina fueron determinados mediante método ELISA. Las variables cuantitativas fueron resumidas mediante medias \pm desviación estándar (medianas y cuartiles en distribuciones asimétricas) y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados. Fueron seleccionados 51 pacientes (39 mujeres, 12 hombres) con una edad media de $45,8 \pm 7,6$ años y un índice de masa corporal (IMC) de $25,39 \pm 3,79$ kg/m². Los niveles de melatonina siguieron una distribución asimétrica en todos los grupos horarios. Las medianas de los niveles de melatonina (expresados en pg/ml) fueron 9,66 (6p.m.), 11,10 (9 p.m.), 27,80 (12 p.m.), 40,90 (3 a.m.), 35,10 (6 a.m.) y 14,90 (9 a.m.).

Discusión. El ritmo circadiano de secreción de melatonina en adultos sanos alcanza un pico de secreción nocturna en torno a las 2 a.m., con niveles plasmáticos medios entre 10 y 60 pg/ml. Los pacientes estudiados presentan niveles de melatonina similares a los esperables en la población normal, con conservación del ritmo circadiano de secreción. En un estudio publicado realizado en adolescentes con fatiga crónica (n = 13), se encontraron niveles de melatonina en saliva superiores al grupo control (n = 10). Con los datos disponibles hasta el momento, la administración de melatonina en estos pacientes no tiene justificación fisiopatológica.

Conclusiones. La secreción de melatonina en pacientes con síndrome de fatiga crónica es similar a la de la población normal, siguiendo el mismo ritmo circadiano de secreción. La administración exógena de melatonina en estos pacientes no tendría indicación terapéutica.

V-101**SARCOIDOSIS NODULAR HEPATOESPLÉNICA**

S. Moreno Aliaga¹, M. Martínez Albadalejo², A. Pérez Gracia², G. García Parra², G. Veiga Ruiz³, M. Jiménez Pascual², M. Artero Castro² y F. Cobos Trigueros²

¹Medicina Intensiva, ²Medicina Interna, ³Anestesiología y Reanimación. Sta. M^a del Rosell. Cartagena, Murcia.

Objetivos. La sarcoidosis nodular hepatoesplénica es una forma poco frecuente de presentación de esta entidad y creemos interesante presentar un caso clínico analizando datos epidemiológicos, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen.

Material y métodos. Se ha analizado un caso clínico de sarcoidosis nodular hepatoesplénica recogiendo datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y de técnica de imagen para compararlos con los datos existentes en la bibliografía médica en los últimos 20 años (Medline).

Resultados. Mujer de 40 años, que ingresa para estudio de fiebre prolongada y sdme. constitucional. Entre sus antecedentes familiares destaca padre con hepatopatía crónica que rechazó estudio etiológico. Fumadora de 2 cigar/día y niega otros hábitos tóxicos. Meningitis meningocócica a los 14 años curada sin secuelas. Infecciones odontológicas frecuentes y pérdida de algunas piezas dentarias. No viajes al extranjero ni antecedentes epidemiológicos de interés. Tres meses antes del ingreso comienza con fiebre diaria de predominio vespertino en ocasiones mayor de 39 °C acompañada de artromialgias. Refería también prurito generalizado, astenia, anorexia y pérdida de 10 kg de peso. Exploración física: Boca sépti-

ca con múltiples caries y hepatomegalia a 5 cm de reborde costal de consistencia elástica y dolorosa a la palpación. Resto normal. Datos de analítica rutinaria más relevantes: 6.000 leucocitos/mm³ con 528 eosinófilos totales/mm³, resto de la fórmula normal. GPT: 61 U/l, GOT: 37 U/l, F. Alcalina: 334 U/l, Triglicéridos: 572 mg/dl, gamma-GT: 381 U/l, el resto fue normal. Hemocultivos seriados y urocultivos fueron negativos; el mantoux, aglutinaciones brucella, serología para VHB, VHC, VIH, CMV, virus Epstein Barr y Rickettsias, todas fueron negativas. Los ANA, antiDNA negativos. Entre las técnicas de imagen destacaban: TAC toraco-abdominal con hepatoesplenomegalia con múltiples nodulaciones hipodensas, pequeñas adenopatías paratraqueales y patron micronodular pulmonar de predominio en ambos lóbulos superiores. Espirometría y fondo de ojo normales. Biopsia hepática con granulomas epiteloides bien limitados de aspecto sarcoide, con tinción de Ziehl-Neelsen negativa. Se diagnosticó de sarcoidosis nodular con afectación pulmonar y hepatoesplénica decidiéndose iniciar tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día desapareciendo la fiebre y sintomatología de la paciente de forma progresiva. Evolución: Durante el ingreso presentó febrícula ocasional, y se apreció una DM tipo 2 de debut. Se inicia tratamiento con esteroides, presentando buena tolerancia y desaparición del prurito.

Discusión. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida caracterizada por la formación de granulomas no caseificantes, que aparece en adultos jóvenes y afecta con más frecuencia al pulmón presentando generalmente una o más de las siguientes anormalidades: adenopatías hiliares bilaterales, infiltrados pulmonares y/o lesiones cutáneas u oculares y como síntomas tos, disnea y/o dolor torácico. Pero en este caso, son otras características menos específicas las que nos ponen en la pista como fatiga, malestar general, fiebre y pérdida de peso; o hallazgos poco frecuentes como hepatomegalia (aparece en un 20% de las sarcoidosis) y eosinofilia (25%), siendo necesarias la combinación de técnicas de imagen pruebas de laboratorio y muestras histológicas para su diagnóstico diferencial y definitivo.

Conclusiones. La sarcoidosis hepatoesplénica es un síndrome a tener en cuenta en un paciente con fiebre prolongada y sdme. constitucional, independientemente de si hay afectación pulmonar o no. Existen tres pasos fundamentales para establecer el diagnóstico de sarcoidosis dado que no hay un hallazgo patognomónico: 1) reconocimiento de los hallazgos clínicos característicos y/o de las anormalidades en la radiografía de tórax (no siempre presentes como en este caso). 2) Excluir infecciones granulomatosas, particularmente tuberculosis e histoplasmosis mediante técnicas de imagen y laboratorio. 3) evidencia histológica de granulomas no caseificantes tras biopsia.

V-102 MOTIVO DE INGRESO Y PLURIPATOLOGÍA DE BASE EN PACIENTES TERMINALES DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Carmona Espinazo, E. Ruiz Blasco, R. Gámiz Sánchez, G. García Pelayo, D. Gutiérrez Saborido, A. Mogollo Galván y A. Macías Carmona

Medicina Interna. H. Univ. Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. El Hospital Universitario Puerta del Mar se considera de tercer nivel y de referencia para determinadas especialidades a nivel provincial. El número de ingresos supera los dos mil anualmente en el Servicio de Medicina Interna y se estima que fallecen aproximadamente un 10% de estos pacientes. Pretendemos analizar posibles diferencias referente a la presentación clínica en pacientes ingresados en nuestro servicio y que fallecieron posteriormente durante el ingreso y su relación con la patología de base.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de todos los fallecidos en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario Puerta del Mar entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2004. Diferenciamos tres grupos de pacientes; 1) oncológicos sin patología de base asociada. 2) no oncológicos. 3) oncológicos con patología de base asociada. Se analiza el/los síntomas que motivan el ingreso, el diagnóstico que sustenta el síntoma y la patología de base asociada.

Resultados. De un total de 447 éxitos, el grupo 1 supuso un 15,7%, el grupo 2 un 47,1% y el grupo 3 un 34,8%. El síntoma más frecuente en el grupo 1 es el deterioro del estado general

(20%), en el grupo 2 la disnea (37,6%) y en el grupo 3 también fue la disnea pero con menor porcentaje (20,1%). En la muestra completa el síntoma más frecuente fue la disnea (30,1%), seguido del deterioro del estado general (16,2%). En cuanto a al diagnóstico que sustenta el síntoma de ingreso en el grupo 1 fue la progresión del propio cáncer (60%), en el grupo 2 la infección respiratoria (27,5%), y en el grupo 3 igualmente la progresión del propio cáncer (40%). Tomados en conjuntos los tres grupos el diagnóstico más frecuente fue la progresión del propio cáncer (26,2%) seguido de infección respiratoria (21,8%).

Discusión. En pacientes oncológicos, sabemos en la mayoría de las ocasiones, que el fallecimiento está íntimamente relacionado con su cáncer de base, y esto parece cierto en nuestro estudio, siempre y cuando no se tenga en cuenta la pluripatología de base del paciente si existe. No obstante en pacientes pluripatológicos oncológico parece tener especial importancia su pluripatología, descando en nuestro caso la patología respiratoria, siendo en muchos de los casos el motivo principal de ingreso y por tanto de éxitos.

Conclusiones. 1) La gran mayoría de los pacientes que fallecen en nuestros servicio son pacientes pluripatológicos, y aproximadamente la mitad de todos ellos son oncológicos. 2) La pluripatología de base condiciona la presentación clínica de los pacientes estudiados, especialmente en oncológicos. 3) Probablemente bajo lo que consideramos deterioro del estado general y progresión del propio cáncer, existe una insuficiencia de órgano afecto que condiciona la evolución final.

V-103 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO Y SÍNDROME SEROTONINÉRGICO, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS L. de Benito Córdón¹, M. J. Bruscas Alijarde¹, D. García Mateos², M. Ruiz Clemente¹ y M. J. Hervás Laguna¹

¹Medicina Interna, ²Medicina de familia. Virgen de la Luz. Cuenca.

Objetivos. Presentar dos casos clínicos de pacientes recientemente ingresados en nuestro hospital en los que la asociación de fármacos neurolépticos con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) desencadenó un cuadro de fiebre elevada, rigidez, leucocitosis y elevación de CPK. Poner de manifiesto la dificultad de realizar un diagnóstico diferencial entre el síndrome neuroléptico maligno (SNM) y el serotoninérgico (SS).

Material y métodos. 1) Varón de 34 años con historia de esquizofrenia paranoide, en tratamiento de forma crónica con clozapina (100 mg/8 h), siete días previos a su ingreso se añadió venlafaxina (150 mg/24 h), desarrollando a las 24 h rigidez generalizada, hiperreflexia, inhibición psicomotriz, ausencia de respuesta a estímulos verbales y dolorosos, mutismo y diaforesis. Durante su ingreso, presentó picos febriles de más de 40 °C, hipertensión arterial y taquipnea, con la persistencia de los síntomas anteriores. Se realizaron TC y RM craneal, electroencefalograma y punción lumbar, descartándose patología a nivel de sistema nervioso central. En la analítica: 15.500 leucocitos, con pico de CPK de 3.300. Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. Hemocultivos estériles. Con la sospecha de SNM, probablemente desencadenado por la asociación de venlafaxina a clozapina, se suspendieron ambos fármacos y se inició tratamiento con bromocriptina con lo que el paciente mejoró paulatinamente, siendo dado de alta en su situación basal. 2) Varón de 27 años con parálisis cerebral postparto, en tratamiento durante seis años con fluoxetina por síndrome depresivo. Ingresó con insuficiencia respiratoria secundaria a infección de vías respiratorias, con picos de fiebre asociados a importante agitación psicomotriz por lo que se administró repetidas dosis de haloperidol sin ser efectivo. Mejoró con antibióticos de su infección e insuficiencia respiratoria, persistiendo la agitación, con mioclonías e hiperreflexia, desconectado con el medio, con fiebre elevada, diaforesis, sialorrea e hipertensión. En la analítica: 11.500 leucocitos, con pico de CPK de 79.000. Se realizaron TC craneal, electroencefalograma y punción lumbar, sin hallar patología. Radiografía de torax y eco abdominal: normales. Hemocultivos y urocultivos estériles. Con la sospecha de SS por la asociación de haloperidol a fluoxetina, se suspendieron ambos fármacos y se inició tratamiento con medidas de soporte y benzodiacepinas, con lo que el paciente evolucionó favorablemente.

Discusión. Cada vez se utiliza con mayor frecuencia la asociación de fármacos neurolépticos e ISRS en el tratamiento de trastornos neuropsiquiátricos. En la literatura se describen desde hace años casos de SNM que se desencadenan con esta asociación. Nuestro primer caso, cumple estrictamente los criterios de Sternbach para el diagnóstico de SS, sin embargo no desarrolló, síntomas muy característicos como la agitación, hiperrreflexia, mioclonias, diarrea etc., catalogándose de SNM con buena respuesta al tratamiento con bromocriptina. El segundo caso presentó los síntomas más característicos del SS, sin cumplir los criterios de Sternbach, probablemente desencadenado por la asociación reciente de haloperidol. A pesar de ello no se instauró tratamiento con bromocriptina ni dantroleno, obteniéndose remisión clínica únicamente con benzodiazepinas.

Conclusiones. Cada vez se describen con mayor frecuencia SS y SNM desencadenados por la asociación de ISRS y neurolépticos. Debido al solapamiento de los síntomas y posiblemente, de la fisiopatología en ambos síndromes, se hace necesario la creación de criterios diagnósticos más específicos con el fin de poder diferenciar ambas entidades, ya que se han descrito efectos adversos fatales en pacientes con SS tratados indebidamente con bromocriptina y dantroleno.

V-104

VALORACIÓN DEL ESTUDIO DE TEST DE MESA BASCULANTE EN UN PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DE SÍNCOPE

J. Ramos Clemente Romero, E. García González, M. Romero Jiménez, E. Ramírez Ortiz, M. del Castillo Madrigal, Y. Abu el Wafa Vaca, M. Pérez Ramos y A. Barrios Merino

Medicina Interna. Infanta Elena. Huelva.

Objetivos. El síncope es una patología muy habitual en nuestro medio que presenta una importante variabilidad clínica en su presentación y que obliga a consumir un gran número de recursos, en ocasiones con la utilización de tres o más pruebas complementarias que no necesariamente nos ayudan a esclarecer su origen. Para intentar optimizar estos recursos y diseñar una estrategia más razonable en el abordaje diagnóstico de esta patología se puso en marcha en nuestro hospital un protocolo de diagnóstico que clasificaba el síncope en función de sus características clínicas.

Material y métodos. Durante los primeros nueve meses de 2004 se realizaron 23 estudios de test de mesa basculante en nuestro hospital mediante el procedimiento de estimulación postural y provocación con solinitrina sublingual. Se ha evaluado las características de los pacientes y las solicitudes de estudio de dicho test a lo largo de este período.

Resultados. De los 23 estudios analizados, 14 fueron solicitados por médicos internistas (60%) y el resto por cardiólogos. La media de edad de los pacientes fue 27,4 años (24,5-33,1). El resultado fue positivo para síncope vasomotor en 14 casos (60%) En todos se realizó un ECG basal que fue normal. En 13 se había solicitado previamente un holter de arritmia (56%), en 16 una ecocardiografía (69%), en una ocasión una ergometría (0,04%), en 7 casos una técnica de imagen neurológica TAC-RMN (30%), en 5 un electroencefalograma (21%) y en una un estudio doppler de troncos supra-aórticos (0,04%). De las pruebas realizadas, ningún holter de arritmia, ningún TAC-RMN y ningún electroencefalograma presentó un resultado concluyente para el diagnóstico de síncope. De las 16 ecocardiografías realizadas, en dos ocasiones se observó prolapso de la válvula mitral como alteración más significativa sin que este hecho pudiera relacionarse claramente con el diagnóstico de síncope, siendo el resto normal.

Discusión. En 11 de los pacientes se solicitaron, además de un ECG basal, 2 pruebas complementarias más y en 7 pacientes tres o más pruebas. En 8 casos se utilizaron pruebas diagnósticas de los tres itinerarios del protocolo (34%) y en 10 casos se combinaron pruebas de estudio para síncope cardiogeno y vasomotor (43%), a pesar de nuestros intentos por optimizar la utilización de recursos en el estudio de síncope a través de un protocolo.

Conclusiones. El estudio de test de mesa basculante se establece como la prueba complementaria más adecuada de los pacientes que presentan episodios sincopales de perfil vasomotor, siendo positiva en un 60% de casos, cuando la mayoría de pruebas complementarias

realizadas previamente fueron normales, lo que debe animarnos a utilizar esta herramienta más precozmente y no esperar a la presencia de resultados negativos en otros procedimientos. El hecho de que 18 de los 23 pacientes (78%) se realizaran 2 o más pruebas complementarias indica, por un lado, problemas para clasificar clínicamente el perfil del síncope con el fin de adecuarlo a uno de los grupos del protocolo diagnóstico, y por otro lado, la dificultad para optimizar las utilización de pruebas diagnósticas. La clave para nosotros sigue estando en una buena anamnesis y exploración que permita tipificar de forma adecuada cuales son las características del síncope que estamos estudiando con el fin de seleccionar las pruebas complementarias más eficientes.

V-105

EMPLEO DE LA DIGOXINA: INTOXICACIONES DIGITÁLICAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

L. Martín Peña¹, E. Esteban Marcos¹, I. Martínez López², M. Femenias Sureda¹ y J. Forteza Rey Borralleras¹

¹Medicina Interna, ²Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares.

Objetivos. Cuantificar y analizar las características de las intoxicaciones digitálicas registradas durante el año 2004 en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo durante el año 2004 de las intoxicaciones digitálicas codificadas en el informe de alta, por el servicio de documentación del Hospital Son Dureta Palma de Mallorca, siguiendo la clasificación CIE-9-MC. Se analizó: edad y sexo, comorbilidad, dosis habitual, tratamiento concomitante, motivo de ingreso, manifestaciones clínicas, niveles de digoxina, tratamiento de la intoxicación, tratamiento al alta, evolución y reingresos.

Resultados. Durante el año 2004 se registraron 63 intoxicaciones digitálicas (0,5% de los ingresos médicos). Edad media 78 años, 69% mujeres y 31% hombres. La comorbilidad asociada más frecuente fue la fibrilación auricular en 53 pacientes (84%), seguida de la insuficiencia cardíaca en 51 (81%) y la hipertensión arterial en 45 (71%), 15 pacientes (24%) estaban diagnosticados de insuficiencia renal crónica y 9 (14%) padecían deterioro cognitivo. En 7 pacientes se había codificado un episodio previo de intoxicación digitálica. La dosis habitual de digoxina era de 0,75 a 1,75 mg/semana, 22 pacientes (35%) realizaban algún tipo de descanso semanal. La estancia media fue de 6 días (1-32 días). En 36 pacientes (57%) la sintomatología asociada a la intoxicación digitálica fue el motivo de consulta. La clínica más frecuente fue la gastrointestinal, 25 pacientes (40%) presentaron dolor abdominal y 23 (37%) vómitos, se detectó alteración del ritmo cardíaco en 17 casos (27%), mientras que la alteración visual sólo se constató en 1 paciente. En 15 casos (24%) la intoxicación digitálica se presentó durante el ingreso hospitalario y en 9 pacientes (14%) fue durante la impregnación de una fibrilación auricular. En 60 pacientes (95%) analizamos el tratamiento concomitante: 56 (93%) tomaban diuréticos (4 tipo tiazida), 10 (17%) recibían espironolactona y 15 (25%) amiodarona. El nivel de digoxina en sangre osciló entre 2 y 10,4 ng/ml (rango normal 0,80-2,20 ng/ml), 5 pacientes (8%) presentaban en la analítica un valor de potasio en sangre superior a 5,5 mEq/l (rango normal 3,5-5,3 mEq/l) y en 26 (41%) se detectó elevación del nivel de creatinina (rango normal 0,5-1,2 mg/dl). En 59 pacientes (94%) el tratamiento médico sintomático fue suficiente, mientras que 4 (6%) requirieron la colocación de un marcapasos definitivo. De los 58 pacientes restantes: 12 (20%) continuaron el tratamiento con digital (2 mantuvieron la dosis inicial, mientras que en 10 se redujo) y en 46 (80%) se suspendió la digoxina, reintroduciéndose en 11 pacientes posteriormente. El tratamiento digital se sustituyó en 17 pacientes por un betabloqueante, en 7 por amiodarona, en 4 se combinaron ambos fármacos y en 3 se pautó un calcio antagonista; 15 fueron dados de alta sin ningún tratamiento antiarrítmico. Durante el seguimiento, hasta agosto de 2005, 6 pacientes reincidieron con un nuevo episodio de intoxicación digitálica. El tratamiento con digital había sido suspendido anteriormente en 5 de estos pacientes.

Discusión. El tratamiento con digoxina está ampliamente generalizado para el control de la fibrilación auricular y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. La intoxicación por digoxina provoca un 0,5% de los ingresos en nuestro entorno y durante la hospitaliza-

ción el riesgo aumenta por factores que modifican la farmacocinética (25%). Las causas de intoxicación más frecuentes son la alteración de la función renal y el empleo concomitante de medicamentos. En pacientes previamente intoxicados, el riesgo de reintoxicación es elevado (60%).

Conclusiones. Como enlentecedor de la frecuencia cardíaca la digoxina puede ser sustituida por otros fármacos más seguros. Es necesaria la coordinación entre los sectores primaria-especializada para el seguimiento de los pacientes en tratamiento con medicamentos de estrecho margen terapéutico.

V-106

LINFOMA CARDÍACO PRIMARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Pérez Gómez, I. Solo de Zaldívar Tristancho, A. Cabanillas Arias, F. Díaz Pérez, D. Gutiérrez Díaz, C. López Muñoz y P. Casanovas

Medicina Interna. Hospital de Mérida. Mérida, Badajoz.

Objetivos. Mujer de 72 años con AP de HTA en tratamiento con Atenolol. Resto sin interés. Ingreso en enero de 2003 por disnea de medianos esfuerzos y astenia importante, se realizó ecocardiograma (normal). BQ: LDH elevada. TAC toracoabdominal: adenopatías mediastínicas. Mediastinoscopia con diagnóstico de linfadenitis granulomatosa con tinción para BAAR positiva, por lo que realizó tratamiento específico. Un año después la paciente vuelve a ingresar con clínica de gran astenia, disnea de mínimos esfuerzos y episodios frecuentes de sudoración nocturna. No otra sintomatología.

Material y métodos. Exploración física: ligera palidez mucocutánea y taquipnea en reposo, resto normal. Hemograma: VSG elevada. BQ: LDH de 1.023, PCR de 33 y Beta 2 microglobulina de 3,58. Marcadores tumorales y serologías víricas negativas. Rx torax: ligera cardiomegalia. ECG: sin anomalías. Ecocardiograma transtorácico: masa que ocupa el 80% de AD, bien delimitada, con zonas hipoeoicas y otras lucentes, amplio pedículo de inserción en cara interna de AD, zona pediculada, sesil, que ocluye parcialmente la válvula tricúspide y se mueve de forma concomitante con ella. Severa dilatación de cava inferior sin lesiones internas compatibles con trombo o tumor. Aumento de la densidad del tabique y de la pared posterior. Derrame pericárdico anterior y posterior de 7 mm sin compromiso hemodinámico. Ecografía abdominal: dilatación de cava inferior que afecta ambas venas renales. Bazo homogéneo de 14 cm. No se observan adenopatías retroperitoneales. RMN cardíaca: imagen expansiva sólida adherida a la pared posterior de la aurícula derecha que afecta a la válvula tricúspide, compatible con proceso neoproliferativo.

Resultados. La paciente fue intervenida por el servicio de Cirugía Cardíaca, reseccándose la tumoración y dando la anatomía patológica un diagnóstico de linfoma difuso de células B, de alto grado, con diferenciación plasmocitoide. El inmunofenotipo fue CD20+, CD10-, CD45RA+, CD5 -, CD3 -, CD15 -, Plasmocitoma +, Kappa + focal, Lambda -, ALK-1 +, EMA-, bcl2 +, bcl6 -, Ki 67 - (60%), P53 + (40%). TAC toracoabdominal para estadaje: adenopatías mediastínicas, retroperitoneales e inguinales derechas y permanencia de la esplenomegalia (estadio IV). Ecocardiograma tras cirugía: masa de 6 mm en tabique interauricular dentro de la aurícula derecha, con buena función sistólica y diastólica.

Discusión. El linfoma cardíaco primario afecta solo al corazón y al pericardio, representando menos de un dos por ciento de los tumores y quistes de esta zona. Suele presentarse inicialmente con derrame pericárdico, ICC o bloqueo cardíaco. La infiltración miocárdica puede ser difusa o nodular, incluso como múltiples nódulos polipoideos intracavitarios que obliteren las cámaras cardíacas o las válvulas. Dentro del diagnóstico diferencial de las neoplasias cardíacas diferenciaremos tumores secundarios (mas frecuentes) y primarios cardíacos. Estos pueden ser benignos (mixoma, quiste pericárdico, lipoma, fibroelastoma, rabiomioma, mioma) o malignos (sarcoma, mesotelioma o linfoma).

Conclusiones. Se inició tratamiento estando hospitalizada con quimioterapia tipo CHOPP, hidratación, antieméticos y nadroparina profiláctica, continuando de forma ambulatoria hasta completar 8 ciclos de CHOPP con aceptable tolerancia clínica. Tras finalizar quimioterapia se realiza TAC cervicotoracoabdominal y gammagrafía con galio siendo ambos normales. Ecocardiograma: hipertrofia septal leve, IM leve, IT moderada e HTP leve, sin masas apreciables.

V-107

SÍNDROME DE MAGIC. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Escobedo Palau, E. Rubio Roldán, M. Dávila Ramos, M. Bethencourt Fera, A. Torres Vega, G. Rubio Rodríguez, N. Pérez Rodríguez y M. Vélez Tobarías

Medicina Interna. Hospital Universitario N. S. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Revisión de un caso clínico de policondritis recidivante asociado a enfermedad de Behcet (síndrome de Magic).

Material y métodos. Presentamos el caso clínico de una paciente que acude a nuestro servicio diagnosticada de policondritis recidivante en fase aguda y que consulta en la actualidad por lesiones ulceradas en mucosa oral, abdomen y genitales.

Resultados. Paciente de 54 años de edad con antecedentes de apendicectomía y alergia a penicilina. Fumadora de 15 paquetes/año. Enfermedad actual: paciente que refiere presentar dolor y rubor en pabellones auriculares y lesiones costrosas de aspecto melicérico en cuero cabelludo, cuello, tronco y extremidades. Así mismo refiere artralgias de forma simétrica y disfonía. Tras realizarle una biopsia del cartilago auricular se diagnostica de policondritis recidivante, iniciando tratamiento con prednisona, colchicina y aines. Tras dos meses de evolución y sin mejoría clínica vuelve a consultar por la aparición en mucosa oral, genitales y abdomen de lesiones ulcerosas de 2-3 mm de tamaño. Exploración física: anodina, (incluida la neurológica). Como hallazgos de interés pabellones auriculares y pirámide nasal con signos de flogosis y úlceras de fondo limpio de 2-3 mm en mucosa oral y abdomen. Pruebas Complementarias: Rx torax, ECG, Hemograma, VSG, coagulación, bioquímica básica, proteinograma, Igs, beta-dos microglobulina, cadenas ligeras, marcadores tumorales, ANA, ENA, AMA, ANCA, ECA, Acanticardiolipina, FR, crioglobulinas, complemento, hormonas tiroideas, ac antitiroideos, vitamina B12, fólculo, pruebas de función respiratoria, ecocardiograma, elemental de orina y orina 24 horas: dentro de la normalidad. Biopsia pabellón auricular: compatible con policondritis recidivante. Biopsia úlcera pared abdominal: vasculitis leucocitoclástica compatible con el diagnóstico clínico de E. de Behcet. Consulta a ORL: hipoacusia sensorial con caída de agudos. Consulta a ginecología y oftalmología: sin alteraciones.

Discusión. Ante la falta de respuesta al tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg y colchicina además de pentoxifilina se inició terapia con azatioprina a 2 mg/kg y descenso de prednisona de forma progresiva. A partir de este momento la paciente experimenta mejoría clínica desapareciendo los signos inflamatorios en los pabellones auriculares y dorso de la nariz así como las lesiones ulceradas. La policondritis recidivante, es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida y base autoinmune, poco frecuente, con afectación de los cartílagos, sistema cardiovascular y órganos de los sentidos, de distribución similar por sexos y apareciendo en la 5ª década de la vida. Se asocia con frecuencia a otras enfermedades sistémicas autoinmunes, hematológicas o endocrinas. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento de elección son los esteroides si bien con frecuencia es necesaria la asociación de inmunosupresores.

Conclusiones. 1). Se presenta la asociación de un caso clínico de policondritis recidivante (según los criterios diagnósticos de MacAdam et al y/o Mitchel et al) y enfermedad de Behcet (según criterios del grupo internacional para el estudio de la enfermedad de Behcet de 1990). 2). Aunque es poco frecuente la policondritis recidivante, su asociación a otro tipo de patología, en este caso a la enfermedad de Behcet la hace singular. A esta asociación se le conoce como Síndrome de Magic. 3). A pesar de que los parámetros biológicos expresaban poca actividad aguda había discordancia clínica y refractariedad al tratamiento esteroideo, lo que obligó a introducir el tratamiento inmunosupresor con evidente éxito clínico.

V-108

INFARTO RENAL COMO MANIFESTACIÓN DE DISPLASIA FIBROMUSCULAR

T. Aldamiz-Echevarría Lois, J. Hens Gutiérrez, M. Solano Garzón, M. Rueda, N. Muñoz Díaz, A. Muño Míguez, J. Cabrera Aguilar y B. Pinilla Llorente

Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La displasia fibromuscular supone menos del 10% de todos los casos de hipertensión renovascular, afectando fundamental-

mente a mujeres entre 15 y 50 años de edad. Su afectación se localiza en la porción distal y media de la arteria renal a diferencia de la afectación renal de etiología aterosclerótica localizada fundamentalmente en la porción proximal. Presentamos un caso de infarto renal como forma infrecuente de presentación en un varón joven.

Material y métodos. Varón de 41 años sin hipertensión conocida ni otros factores de riesgo cardiovascular. Acude a urgencias por dolor fijo en fosa renal derecha irradiado a región inguinal. No se acompañaba de fiebre, síndrome miccional ni cortejo vegetativo. A la exploración física destacaba TA 225/110, frecuencia cardíaca 66lpm. Auscultación cardiopulmonar normal. Puño-percusión renal derecha +, exploración abdominal y extremidades sin hallazgos. En la bioquímica Urea 47 Creatinina 2,1. LDH 1.353 sin ningún otro hallazgo de interés. Aclaramiento de creatinina 27 ml/m. Proteinuria 242 unidades en 24 h. Orina con ph 5,5, indicios de proteínas. Hb y cuerpos cetónicos positivos. Sedimento con 20-40 hematíes/c. Na y K en orina: 57 y 40 respectivamente. Las pruebas inmunológicas resultaron negativas. Pruebas complementarias: TC abdominal simple y con contraste i.v.: área cunifforme en riñón derecho compatible con infarto renal. Alteraciones del contorno renal izquierdo compatible con zona cicatricial antigua. Atelectasia laminar de L1D. Eco-doppler renal: arterias renales no visualizadas. Riñón izquierdo de tamaño normal y flujo con índice de resistencia normal. Riñón derecho con alteraciones ecográficas y señal de flujo intraparenquimatoso no valorable. Estudio isotópico funcional renal: riñón izquierdo con función conservada y patrón pseudoobstructivo. Riñón derecho con banda de hipocaptación sobre su tercio medio y funcionalmente patrón obstructivo. Arteriografía renal: Extensas lesiones compatibles con displasia fibromuscular de arterias renales bilaterales.

Resultados. En el caso que presentamos se desestimó la intervención tanto por cirugía abierta como por ATP debido a las características de las lesiones que presentaba nuestro paciente, por lo que se instauró tratamiento médico con buena evolución clínica.

Discusión. La displasia fibromuscular (DFM) es una alteración vascular no inflamatoria ni aterosclerótica que afecta principalmente a las arterias renal y carótida interna, aunque ha sido descrita en la práctica totalidad el territorio arterial corporal. Su forma de presentación es asintomática, con afectación multiorgánica, que simula a una arteritis necrotizante. El diagnóstico diferencial debería hacerse con la aterosclerosis, por la distinta localización de su afectación, y con las vasculitis, debido a la inexistencia de cambios inflamatorios en la histología de la DFM. La DFM de las arterias renales aunque infrecuente (menos del 10% de los casos de hipertensión renovascular) es una causa potencialmente tratable de HTA que puede manifestarse, como en nuestro caso, con clínica de infarto renal. Si existe daño renal por tal motivo las pruebas de laboratorio pueden estar alteradas (LDH elevada) así como las pruebas diagnósticas iniciales (TC abdominal simple y con contraste, Eco-doppler renal, estudio isotópico funcional renal...). La técnica diagnóstica de elección es la arteriografía renal debido a su alta rentabilidad en esta patología al poner de manifiesto las lesiones de la arteria renal con su localización característica. En cuanto al tratamiento, la realización de ATP sobre la arteria afectada es la técnica de elección ya que puede impedir el deterioro de la función renal en pacientes jóvenes.

Conclusiones. La presentación en nuestro caso de la displasia fibromuscular como un infarto renal pone en evidencia la necesidad de descartar dicha patología en todo paciente joven con tal diagnóstico.

V-109

PACIENTES EN FASE TERMINAL, ¿QUÉ PIENSA LA FAMILIA?

F. Gómez Jiménez², A. Reche Molina¹, M. Parejo Sánchez, F. Miras Parra¹, L. García Sáez¹, R. López Sierra¹, E. Luque López¹ y E. Mármol Sánchez¹

¹Medicina Interna. Clínico San Cecilio. Granada. ²Dtº Medicina. UGR. Granada.

Objetivos. Cuando la medicina ante la enfermedad ha agotado sus recursos, debemos evitar que el miedo y la duda, que pudiera desencadenar esta situación, nos impida realizar la mejor labor sanitaria. Los objetivos que persiga el médico llegada esta etapa, deben ser una comunicación eficaz y brindar una atención íntegra a la familia

y al enfermo, donde sean cubiertas todas las necesidades, incluyendo un buen control de los síntomas y la atención a la familia. El objetivo es hacer una reflexión sobre los cuidados al final de la vida en los pacientes hospitalizados. Obtener información del cuidador principal a cerca de cómo valora el trabajo de enfermería. Adecuar los cuidados a necesidades reales en esta etapa de la enfermedad.

Material y métodos. Se ha utilizado la entrevista en profundidad, a la familia o cuidador principal. Se eligió aleatoriamente a 18 familias de pacientes fallecidos en el hospital en los últimos 6 meses, mayores de 65 años y que hayan estado hospitalizados como mínimo 15 días, en los servicios de Oncología, Medicina Interna y Cirugía. La información de dicha muestra se ha obtenido del servicio de Documentación Clínica del Hospital Universitario San Cecilio de Granada, de donde se ha recogido nombre del paciente, teléfono, servicio donde estuvo ingresado y causa del éxitus. De los familiares entrevistados eran en su mayoría mujeres, entre 45 y 80 años. 10 eran esposas, 4 hijas, 2 hijos y 2 nueras. Se contacta con ellos a través del teléfono particular. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa ATLAS-ti.

Resultados. En general, los familiares entrevistados opinaron que los cuidados de enfermería fueron aceptables, aunque para un grupo menor podían haber sido mejores y preferían que enfermería hubiera contado con ellos en esos cuidados básicos. El espacio físico ha sido muy criticado por los entrevistados, tanto en lo referente a las dimensiones de la habitación, como a la comodidad de las mismas. Aún en el caso de que el familiar fuera anciano, los sentimientos expresados por la familia eran de tristeza, pérdida y dolor, no aceptando la muerte como algo natural, ni era expresada como un alivio a una enfermedad. La apreciación de los cuidados e información por familiares que estuvieron en el servicio de oncología comparando con las de los de Medicina Interna o de Cirugía fue diferente. Los primeros estaban más a favor y satisfechas con la muerte hospitalaria y la consideraban más como "morir en casa". A cerca de la información recibida por parte del personal sanitario, para el 40% hubo falta de claridad y falta de entendimiento, por parte de ellos, de la información respecto a la situación del paciente, y para el 20% fue insuficiente.

V-110

METÁSTASIS MAMARIAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN

M. Díaz Ortiz, R. García Cobos, M. Serrano Cazorla, M. Muñoz López de Rodas, C. Iglesias Frax, M. de la Cruz Fernández, J. González Ferrer y E. Álvarez Rodríguez
Medicina Interna I. Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Describir un caso poco frecuente, el debut de un carcinoma microcítico de pulmón como nódulo mamario en un varón.

Material y métodos. El cáncer de pulmón es el más frecuente en el varón y tiene una mortalidad del 86% a los cinco años del diagnóstico. El 90% de los carcinomas primarios de pulmón se da en fumadores, existiendo mayor asociación entre el hábito tabáquico y ciertos subtipos histológicos, en particular el epidermoide y el microcítico. El caso que presentamos corresponde a un varón de 48 años que acudió a consulta por la aparición, un mes y medio antes de una tumoración ligeramente dolorosa en la mama izquierda. Además había perdido peso en el último año, aunque no podía precisar cuánto, y lo achacaba a pérdida del apetito. Como antecedente personal de interés el paciente resultó ser fumador de 40 cigarrillos diarios desde la juventud. Al ingreso se objetivó en la exploración física la existencia en ambas mamas de sendas masas duras y levemente dolorosas, siendo de mayor tamaño la de la mama izquierda. También una adenopatía axilar de 2 x 2 cm, no dolorosa, consistencia dura y adherida a planos profundos; una adenopatía laterocervical derecha no dolorosa y no rodadera; múltiples nódulos subcutáneos ligeramente dolorosos, duros y adheridos a planos profundos en extremidades superiores y tronco. Se palpaba hepatomegalia lisa no dolorosa a 2 cm del reborde costal. El resto de la exploración resultó normal (auscultación cardiopulmonar y examen neurológico).

Resultados. Se realizó sistemático de sangre y orina, bioquímica básica, incluyendo electrolitos, calcio y función hepática y renal, proteinograma, marcadores tumorales y estudio hormonal. Los datos más significativos fueron una enolasa neuroespecífica de 162 ng/ml

y LDH de 4.940. El resto fue normal. La radiografía de tórax mostró un ensanchamiento del mediastino superior. La mamografía visualizó múltiples nódulos en ambas mamas. La TC toracoabdominal identificó una masa de 4,8 x 3,4 cm que ocupaba el hilio pulmonar derecho y la región subcarinal, varias adenopatías paratraqueales derechas de hasta 3,5 x 2,2 cm, axilares izquierdas y supraclaviculares derechas y múltiples lesiones focales hepáticas. Se realizó PAAF guiada mediante ecografía de dos de los nódulos mamarios, que caracterizó el tumor como carcinoma indiferenciado de células pequeñas. El diagnóstico fue de carcinoma microcítico indiferenciado de pulmón diseminado.

Discusión. Es excepcional que un carcinoma de pulmón produzca metástasis en la mama, y existen pocos casos documentados en la literatura que recojan casos similares al expuesto. Del 5 al 15% de los casos, el cáncer de pulmón es diagnosticado como hallazgo casual en una radiografía de tórax. La mayoría de las veces debuta con síntomas, que dependen de la localización central o periférica en el pulmón del tumor y/o de la invasión de estructuras mediastínicas y metástasis a distancia. El carcinoma de células pequeñas representa el 18% de los tumores pulmonares. Es el que produce metástasis más frecuentemente, hallándose éstas en más del 95% de las autopsias. Las metástasis tienen lugar preferentemente en ganglios linfáticos, cerebro, hígado, hueso, médula ósea y glándulas suprarrenales. Sin embargo, en la mama son muy poco frecuentes. En la literatura consultada se han encontrado únicamente tres casos de metástasis mamarias de un tumor primario pulmonar publicados en los últimos diez años.

Conclusiones. Ante la aparición de un nódulo mamario en un varón debe tenerse en cuenta la alta probabilidad de la existencia de patología tumoral asociada.

V-111 INFILTRADOS PULMONARES EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL E INMUNODEPRESIÓN

M. González García¹, M. Esquillo Rodríguez², L. Salanova Villanueva³ y J. Cuesta Muñoz¹

¹Infecciosos, ²Medicina Interna, ³Nefrología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Exponer el caso clínico de un paciente trasplantado renal, inmunodeprimido, con infiltrados pulmonares.

Material y métodos. Paciente de 37 años, trasplantado renal hace 18 y 11 años por glomerulonefritis membranoproliferativa, con HTA, arteriopatía periférica, amputación de varios dedos de manos y cardiopatía isquémica, actualmente en hemodiálisis por insuficiencia renal crónica avanzada. En tratamiento con ciclosporina, dosis bajas de prednisona y vitamina D. Ingresa para estudio de infiltrados pulmonares bilaterales como hallazgo casual en Rx de tórax, de predominio en lóbulos superiores, sin clínica respiratoria ni alteraciones gasométricas. En la exploración física no hay adenopatías periféricas y se evidencian calcificaciones a nivel cutáneo.

Resultados. Se lleva a cabo estudio de serologías víricas y de neumonías, Mantoux, estudio microbiológico de esputo y mediante toma de muestra con broncoscopia, incluyendo baciloscopia y cultivo Lowenstein Jensen-micobacterias, hongos, así como determinación de autoanticuerpos, resultando todos ellos negativos. En la analítica destacan niveles muy elevados de PTH (2.475 pg/mL) e incremento del producto calcio (Ca)-fósforo (P) (72,27) fundamentalmente a expensas de hiperfosfatemia (7,83 mg/dL). En la serie ósea se objetivan calcificaciones vasculares avanzadas y destrucción articular de metatarsfalángicas de primer y quinto dedos de pie izdo. El TC torácico muestra densidad calcio en parénquima pulmonar, bilateral, de predominio en campos medios y superiores, sin imágenes de proceso inflamatorio agudo ni adenopatías mediastínicas. En la broncoscopia se ponen de manifiesto imágenes blanquecinas de consistencia dura, lineales y paralelas, compuestas de depósitos calcificados.

Discusión. En este caso ha de considerarse en primer lugar la existencia de enfermedades infecciosas, oportunistas, dado el estado de inmunodepresión del paciente. Sin embargo, ni la clínica ni las exploraciones realizadas muestran datos de enfermedad inflamatoria o infecciosa. Si se encuentran calcificaciones vasculares, cutáneas y pulmonares, compatibles con calcificación metastásica. Esta puede

ser de localización no visceral (perivascular, periarticular, subcutánea) o visceral (pulmón, músculos, riñón...), siendo el pulmón es el órgano más afectado, con predominio de afectación en lóbulos superiores. El principal factor predisponente de esta entidad es el hiperparatiroidismo secundario por insuficiencia renal crónica, existente en este paciente. La calcificación metastásica consiste en el depósito de cristal muy pequeño compuesto por Ca, P y magnesio, y se correlaciona con los niveles séricos de P y el producto Ca-P. El tratamiento con vitamina D en el hiperparatiroidismo secundario, cuando no se controlan estrechamente los niveles séricos de Ca y P, puede favorecer la calcificación vascular y habitualmente se acompaña de normalidad radiológica, clínica y gasométrica, salvo en estadios muy avanzados de la enfermedad. 3). En el manejo de la insuficiencia renal crónica es fundamental el control estricto de los niveles de Ca y P, manteniendo el producto Ca-P por debajo de 70 para evitar calcificaciones vasculares y metastásicas. En el caso de este paciente dicho producto está por encima de los niveles normales. La actitud a seguir en este momento consiste en evitar el tratamiento con vitamina D, administrando quelantes del fósforo, aumentando el número de sesiones de diálisis y si es necesario realizar una paratiroidectomía.

Conclusiones. 1). A pesar de su baja incidencia, la calcificación metastásica pulmonar debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de infiltrados difusos pulmonares en pacientes trasplantados con inmunodepresión e insuficiencia renal crónica. 2). Suele ser un hallazgo histológico y habitualmente se acompaña de normalidad radiológica, clínica y gasométrica, salvo en estadios muy avanzados de la enfermedad. 3). En el manejo de la insuficiencia renal crónica es fundamental el control estricto de los niveles de Ca y P, manteniendo el producto Ca-P por debajo de 70 para evitar calcificaciones vasculares y metastásicas. En el caso de este paciente dicho producto está por encima de los niveles normales. La actitud a seguir en este momento consiste en evitar el tratamiento con vitamina D, administrando quelantes del fósforo, aumentando el número de sesiones de diálisis y si es necesario realizar una paratiroidectomía.

V-112 UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS CEREBROVASCULARES CON ULTRASONIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE «MAREO» INEXPLICADO

O. Rubio Leonard¹, M. Lanzas Pro¹, C. Peralta¹, J. Álvarez Fernández², R. Pérez Quintero² y O. Blasco²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospiten Lanzarote, Puerto del Carmen. Lanzarote, Las Palmas Islas Canarias. ²Unidad de Neurosonología y Hemodinámica cerebral del grupo Hospiten. Hospiten Rambla-Tenerife. Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias.

Objetivos. Evaluar a los pacientes atendidos por «mareo» inexplicado en un centro privado de nivel comarcal.

Material y métodos. Se analizan todos los pacientes atendidos de forma ambulatoria durante un año (mar-04 a feb-05) por referir «mareo» (inestabilidad no vertiginosa sin alteración de consciencia) no resuelto tras aplicación de tratamientos físicos y/o farmacológicos orientados a un diagnóstico de posible afectación mecánica de la columna cervical, o sin un diagnóstico concluyente tras estudio. Se descartaron causas cardíacas, neurológicas y metabólicas, y se realizaron Ecografía-Doppler de troncos supraórticos (DSA) y Ecografía-Doppler transcraneal (DTC); en los pacientes con DTC anormales se realizaron además pruebas especiales de ultrasonidos cerebrovasculares incluyendo detección de cortocircuito ("shunt") de derecha a izquierda.

Resultados. Se estudiaron 35 sujetos (edad 45 ± 13 años, rango 23-74; hombres/mujeres = 1/6). El 66% (n = 23) referían en algún momento un antecedente traumático (en todos los casos accidente de tráfico). Los ultrasonidos mostraron alteraciones en 49% de los casos (n = 17), incluyendo 14% (n = 5) alteración funcional o estructural de los troncos supraórticos, 20% (n = 7) «shunt» derecha-izquierda (ShDI) cardíaco por foramen ovale permeable, 9% (n = 3) afectación cerebral microvascular y 6% (n = 2) vasoespasmo arterial intracraneal intermitente. El 65% (n = 15) de los casos postraumáticos no presentó alteración cerebrovascular alguna y sólo el 17% (n = 4) presentó alteraciones funcionales o estructurales de los troncos supraórticos (carotídeas o vétebrobasilares); por el contrario, el 75% (n = 9) de los 12 casos no accidentales presentó alteraciones, incluyendo 6 de los 7 casos de ShDI (X2 = 11,371; p = 0,023).

Conclusiones. El «mareo» es un síntoma impreciso pero discapacitante, que provoca frecuentes dudas diagnósticas y conlleva una elevada responsabilidad. La aplicación de protocolos secuenciales,

combinando valoración clínica y pruebas complementarias, es la única forma de llegar a un diagnóstico preciso que permita un tratamiento efectivo de los pacientes. En los casos presentados de «mareo» inexplicado, especialmente sin traumatismo previo, se ha detectado una asociación frecuente con alteraciones cerebrovasculares que pueden ser fácilmente detectadas mediante estudios con ultrasonidos.

V-114

OSTEOPOIQUILOSIS: UN HALLAZGO CASUAL

A. Torres Vega, G. Rubio Rodríguez, E. Rubio Roldán, J. Escobedo Palau, M. Bethencourt Fera, N. Pérez Rodríguez, M. Vélez Tobarías y F. Martín Hernández

Medicina Interna. Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Descripción de un caso de osteopoiquiosis y revisión bibliográfica.

Material y métodos. Caso de osteopoiquiosis descrito en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria como hallazgo casual tras ingreso por hiperemesis.

Resultados. Varón de 26 años sin antecedentes personales de interés que ingresa por hiperemesis. Al ingreso el paciente se encuentra consciente y orientado, deshidratado y con palidez mucocutánea. Constantes habituales dentro de la normalidad. Resto de exploración física normal. Hemograma y coagulación: rigurosamente normales; Bioquímica: glucosa 91, urea 56, creatinina 1,2, sodio 126, potasio 1,74, osmolaridad 255, resto en los límites de la normalidad; Orina: sodio 17, potasio: 52, osmolaridad 303. Resto normal; Orina 24 horas: sin hallazgos patológicos; GAB: pH 7,66, pO₂ 46, pCO₂ 67, HCO₃ 77; Rx de tórax: campos pulmonares, silueta cardíaca y mediastino normales. Marco óseo con calcificaciones osteocondensantes en epífisis y cabeza humeral bilaterales. TAC cerebral: sin hallazgos patológicos. EKG: Ritmo sinusal sin alteraciones; Eco abdominal: esplenomegalia leve de 13 cm. Gastroscoopia: afectación infiltrativa del antro gástrico pendiente de estudio biopsico. Mapa óseo con imágenes osteocondensantes en epífisis de huesos largos sugestivas de osteopoiquiosis. Gammagrafía ósea: estudio compatible con enfermedad ósea osteocondensante mixta (osteopoiquiosis y melorreostosis). Hoja de interconsulta al Servicio de Psiquiatría: trastorno mental orgánico (a descartar evolutivamente). Trastorno delirante crónico. Delirium.

Discusión. La osteopoiquiosis (también denominada osteopatía condensante diseminada) es una entidad poco frecuente cuya importancia radica en la necesidad de realizar diagnóstico diferencial con metástasis óseas osteoblásticas. Es habitualmente predominante en el sexo masculino con un patrón de herencia autosómico dominante con penetrancia incompleta. Suele detectarse en jóvenes entre 20-30 años como hallazgo casual al apreciar radiografías realizadas por otros motivos. Radiológicamente se observan múltiples y pequeñas áreas escleróticas con forma variable y bien definidas, principalmente localizadas en huesos de manos y pies, pelvis y fémures. En la anatomía patológica se hallan condensaciones focales de hueso lamelar compacto dentro de la esponjosa. La osteopoiquiosis no debe ser confundida con la melorreostosis, caracterizada por una hiperostosis lineal progresiva principalmente diafisaria y limitada a una extremidad, ni con la osteopatía estriada, que cursa con bandas densas metafisarias paralelas al eje mayor de los huesos largos. En este caso coexistían signos de osteopoiquiosis y melorreostosis (enfermedad ósea osteocondensante mixta) En el síndrome de Buschke-Ollendorff coexisten la osteopoiquiosis y una dermatofibrosis lenticular diseminada. En nuestro paciente no ocurrió así.

Conclusiones. La osteopoiquiosis cursa de forma asintomática y sin apenas complicaciones. Sin embargo, su mayor interés clínico reside en la posibilidad de confusión con metástasis óseas osteoblásticas. Además de las características clínicas (entre ellas la normalidad de las pruebas analíticas) y radiológicas, la gammagrafía ósea con Tc-99m puede ser de gran utilidad a la hora de diferenciarlos, ya que en la osteopoiquiosis no suelen existir focos de hipercaptación como en el caso de las metástasis (aunque se han descrito excepciones).

V-116

EMBOLISMOS CEREBRALES PARADÓJICOS

M. Patiño Rodríguez, M. Calvo Sánchez, V. Galindo Vázquez, G. Martínez Quesada, J. Américo Cuervo Arango y J. Ruiz Galiana

Medicina Interna. Hospital de Móstoles. Madrid.

Objetivos. Los embolismos cerebrales paradójicos por malformaciones a nivel del septo interauricular son poco frecuentes pero una causa bien definida de ictus en personas menores de 55 años. A continuación presentamos dos casos clínicos y una revisión de la literatura.

Material y métodos. Se han revisado en el Hospital de Móstoles los dos casos de embolismos paradójicos por alteración del tabique interauricular de forma retrospectiva y estudiados mediante ecocardiograma transtorácico (ETT) y ecocardiograma transesofágico (ETE).

Resultados. Mujer de 48 años con dos episodios bruscos y autolimitados de una hora de duración de desinhibición, coprolalia, parafra-sias y movimientos anormales en hemisfero izquierdo distónico-atetósicos. Había tenido una fractura de fémur izquierdo traumática que requirió cirugía dos semanas antes. El TAC craneal sin contraste y la punción lumbar fueron normales. La RMN cerebral demostró pequeñas lesiones subcorticales en hemisfero cerebral derecho, en al menos dos territorios vasculares diferentes que sugerían lesiones isquémicas. Los ETT y (ETE) demostraron la presencia de un foramen oval permeable (FOP) con shunt derecha-izquierda. El Eco-Doppler de miembros inferiores confirmó la presencia de una trom-bosis venosa profunda a nivel del miembro fracturado. Se inició anticoagulación previo a la implantación de un dispositivo en el tabique interauricular vía percutánea, permaneciendo asintomática hasta el día de hoy. Paciente de 43 años sin antecedentes de interés que en el período de un mes presentó tres episodios de isquemia cerebral transitoria con diferentes localizaciones funcionales y a pesar de la antiagregación. En la RMN craneal existía una lesión a nivel parietal izdo sugestiva de isquemia. En el ETT y ETE se demuestra la presencia de FOP con shunt D-I. Se inició anticoagulación hasta el cierre percutáneo del FOP. Desde entonces asintomática.

Discusión. La presencia de FOP es del 27% en la población general. En los pacientes de menos de 55 años existe mayor prevalencia de FOP en pacientes con ictus frente a pacientes sanos y en pacientes con ictus criptogénicos que en pacientes con causa conocida de ictus. El riesgo tanto de ictus como de recurrencias aumenta si el FOP se asocia con la presencia de aneurisma del septo. Se recomienda inicialmente el tratamiento antiagregante y la anticoagulación si se documenta TVP. No existen por el momento estudios aleatorizados que comparen el tratamiento médico con el cierre percutáneo del FOP, que de momento sólo está indicado en pacientes con ictus criptogénicos recurrentes a pesar de tratamiento médico. Se sugiere que en pacientes que presentan datos de riesgo clínicos o morfológicos para recurrencia el abordaje inicial sea el cierre del FOP. Los resultados del cierre del FOP quirúrgico y percutáneo son similares.

Conclusiones. Las malformaciones del septo interauricular son causas bien definida de ictus. Queda por definir la necesidad de realizar ETE a todos los pacientes menores de 55 años con ictus de causa desconocida. Existen controversias acerca del manejo de estas entidades pero parece que la tendencia, cada vez más, es al intervencionismo.

V-117

LINFOMA INTRAVASCULAR

B. Rodríguez Maya¹, O. Caamaño Selma¹, T. Rolando Menéndez¹, L. Fernández Sledano Merino¹, M. Fernández Acereño² y J. Ruiz Galiana¹

¹Medicina Interna, ²Anatomía Patológica. Hospital de Móstoles. Móstoles, Madrid.

Objetivos. Revisión de la incidencia de linfoma intravascular en nuestro hospital.

Material y métodos. Revisión del archivo de Anatomía Patológica del Hospital. Se encontraron dos casos con diagnóstico histológico de linfoma intravascular. Caso 1: Mujer de 75 años que ingresó por fiebre, astenia, pérdida de peso y edemas importantes en miembros

inferiores. Se sospecha neoplasia oculta, falleciendo a los 19 días de ingreso. Caso 2: Mujer de 75 años que ingresó por cuadro de deterioro cognitivo progresivo, debilidad muscular generalizada y crisis comiciales, que desarrolló posteriormente inestabilidad hemodinámica, insuficiencia renal y hemiparesia izquierda, falleciendo a los 33 días de ingreso.

Resultados. Se realizó autopsia en ambos casos: Caso 1: Linfoma inmunoblástico B, con diseminación sistémica intravascular, afectando grasa de epiploon menor, bazo, médula ósea, pulmones, riñones, cerebro, miocardio, ovario derecho e hígado. Con técnicas inmunohistoquímicas las células muestran tinción con el antígeno leucocitario común y Pan-B. Caso 2: Linfoma B intravascular, con afectación de distintos órganos, incluido SNC. Con técnicas inmunohistoquímicas las células muestran positividad para CD 20.

Discusión. El linfoma intravascular es una enfermedad poco frecuente que afecta a múltiples órganos, fundamentalmente SNC, piel, riñones y pulmón, siendo muy rara la afectación de órganos hematopoyéticos. En la mayoría de los casos se trata de linfomas de estirpe B aunque hay casos aislados de linfomas T. El curso clínico es agresivo y en ocasiones mortal, realizándose el diagnóstico post mortem mediante la autopsia, como en los casos diagnosticados en nuestro hospital. El pronóstico suele ser infausto, aunque hay casos de larga supervivencia y remisiones completas con las diferentes posibilidades terapéuticas de que disponemos actualmente.

Conclusiones. Dado que dicha patología es poco frecuente, que puede afectar a múltiples órganos con formas de presentación muy variables y que no muestra las características típicas del linfoma, debe estar presente en el momento de plantearse el diagnóstico diferencial en los pacientes con fiebre de origen desconocido, pancitopenias, clínica neurológica, afectación pulmonar y/o cutánea.

V-118

IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD DE LA TEMPERATURA EN PACIENTE CRÍTICOS

M. Calvo Sánchez¹, M. Patiño Rodríguez¹, K. Lundelin¹, A. Martín Vivas², A. González Jiménez² y M. Varela Entrecanales¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Intensiva. Hospital de Móstoles. Madrid.

Objetivos. Uno de los síntomas más precoces de alteración en los sistemas fisiológicos complejos es la pérdida de complejidad en sus manifestaciones. Nuestra hipótesis plantea que la pérdida de la misma en el registro de temperatura se relacionaría con una peor situación clínica (medida por escalas convencionales) y un peor pronóstico, y que por lo tanto el análisis de la curva térmica podría resultar útil para la práctica clínica.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital. Se han incluido 24 pacientes en fallo multiorgánico y nuestra intervención ha consistido en monitorizar la temperatura periférica cada 10 minutos desde su ingreso hasta el alta o fallecimiento (estancia media: 18'8 días). Como índice de complejidad se ha empleado la entropía aproximada (ApEn) (medida cada hora sobre las cifras de temperatura de las últimas 30 horas) y como medida del estado clínico se ha utilizado el Sequential Organ Failure Assessment Score (SOFA) (determinado cada 48 horas).

Resultados. En el 89% de los pacientes se observa una buena correlación entre la evolución temporal de la situación clínica (medida por SOFA) y las cifras de ApEn. Analizando el conjunto de la muestra, existe una correlación significativa entre los valores mínimos de ApEn y máximos de SOFA de cada paciente ($r = -0,708$, $p < 0,001$). Igualmente, existe una correlación significativa entre los valores medios de ApEn y SOFA de cada paciente ($r = -0,731$, $p < 0,001$). Además hemos observado diferencias significativas en los valores del ApEn mínimo y del ApEn medio entre los pacientes que fallecían y los supervivientes: (0,24 vs 0,40, $p < 0,001$; y 0,47 vs 0,61, $p < 0,001$, respectivamente). El riesgo relativo de morir disminuye al aumentar el tercil del ApEn ($rr = 0,87$ en el tercil más ba-

jo, $rr = 0,50$ en el tercil medio, $rr = 0$ en el tercil más alto, tanto para el ApEn mínimo como para el medio). Mediante análisis de regresión logística se observa cómo un aumento en 0.1 unidades del ApEn mínimo o medio aumenta en 15.4 y 18.5 veces la posibilidad de supervivencia, respectivamente.

Discusión. La pérdida de complejidad en la curva de temperatura se asocia con una peor situación clínica medida por escalas convencionales, y se relaciona con una mayor mortalidad. La medida de complejidad ofrece algunas ventajas sobre los sistemas convencionales: no es invasiva, ofrece resultados de forma continua, sin precisar de análisis puntuales, y es una técnica de bajo coste. Su aplicación a la curva térmica puede abrir nuevos campos en el terreno clásico de la termometría. Podría ser útil para el control evolutivo de enfermedades crónicas o para el diagnóstico diferencial de patologías febriles.

Conclusiones. Existe una correlación inversa entre el estado clínico de los pacientes con fallo multiorgánico y la complejidad de la curva de su temperatura. Esta relación conlleva implicaciones pronósticas significativas.

V-120

POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LA GLUTATION-S-TRANSFERASA EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

I. Pastor Encinas¹, M. Marcos Martín¹, S. Inés Revuelta¹, R. González Sarmiento² y F. Laso Guzmán¹

¹Servicio de Medicina Interna II. Hospital Clínico Universitario, Salamanca, ²Unidad de Medicina Molecular. Facultad de Medicina. Salamanca.

Objetivos. Es sabido que sólo un porcentaje de pacientes alcohólicos desarrollan enfermedad hepática alcohólica (EHA), pudiendo estar implicados determinados factores genéticos. La superfamilia de las enzimas glutacion-S-transferasas (GST) se han involucrado en la protección frente al estrés oxidativo, uno de los factores que pueden estar implicados en la patogénesis de la EHA. El objetivo de este estudio es analizar la posible asociación entre el desarrollo de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos y determinados polimorfismos de las enzimas GSTM (glutacion-S-transferasa mu), GSTT (theta) y GSTP (pi).

Material y métodos. Estudiamos 201 pacientes alcohólicos hombres remitidos a la Unidad de Alcoholismo del Hospital Universitario de Salamanca o ingresados en dicho Hospital, que habían consumido más de 120 g de alcohol al día durante al menos 10 años. 78 pacientes tenían cirrosis hepática, diagnosticada por biopsia hepática o por los hallazgos de la exploración física, gastroscopia o ecografía si la biopsia hepática no pudo realizarse por alteraciones en la coagulación. Los 123 pacientes restantes no tenían alteraciones en la exploración física, en los análisis o en los estudios ecográficos sugerentes de cirrosis hepática. Como controles se utilizaron 101 voluntarios sanos, con consumo de alcohol menor de 10 g al día. Se extrajeron muestras de DNA de todos los pacientes y controles y se analizó la frecuencia de las delecciones GSTM1 y GSTT1 y el polimorfismo 313 A/G del gen de la GSTP1 que provoca la sustitución de una isoleucina (Ile) por una valina (Val). El análisis estadístico se realizó mediante el test de la chi-cuadrado.

Resultados. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los genotipos de los genes de la GSTM o de la GSTT entre los pacientes con cirrosis y los controles sanos o entre los pacientes con cirrosis y aquéllos sin alteración hepática. Se observa una tendencia a una menor presencia del genotipo Ile/Val en los pacientes alcohólicos con cirrosis frente a los pacientes alcohólicos sin EHA ($p = 0,066$). La presencia conjunta de determinados polimorfismos se asocia de forma estadísticamente significativa con la presencia de cirrosis hepática; por ejemplo, entre los enfermos alcohólicos con cirrosis hay un proporción significativamente menor de portadores de la delección de la enzima GSTT1 y del polimorfismo Ile/Val de la enzima GSTP1 que en los enfermos alcohólicos sin EHA (6,4% vs 16,3% $p = 0,039$).

Conclusiones. Nuestros resultados indican una posible asociación entre determinados polimorfismos de las enzimas GST y el desarrollo de cirrosis hepática, identificándose el genotipo Ile/Val de la enzima GSTP1 como un posible factor protector en la patogénesis de la misma.

V-121**ENDOMETRIOSIS ENDOLUMINAL DEL TUBO DIGESTIVO**
T. Rolando Menéndez¹, O. Vázquez Gómez¹, O. Caamaño Selma¹, L. Cortés Lambea², M. Domínguez Antonaya³, E. García Delgado¹ y J. Ruiz Galiana¹¹Medicina Interna, ²Anatomía Patológica, ³Digestivo.
Hospital de Móstoles. Madrid.

Objetivos. Revisión de los dos únicos casos clínicos de endometriosis intestinal con confirmación histológica e imagen endoscópica vistos en el Hospital de Móstoles en los últimos 23 años.

Material y métodos. A propósito de dos casos clínicos. Revisión de la literatura de la localización intestinal de esta entidad.

Resultados. Mujer de 34 años en estudio por infertilidad, con antecedentes de endometriosis intraperitoneal. Presenta un cuadro de 6 meses de evolución consistente en lumbalgia y episodios de hematoquecia ocasionales, fundamentalmente en fases menstruales y anemia ferropénica moderada-severa; en el TAC abdominal se describen lesiones endometriósicas en útero, con obliteración de trompas uterinas, así como dos imágenes compatibles con implantes rectales. Se realiza colonoscopia visualizándose tumoración en recto que se biopsia con anatomía patológica compatible con tejido endometrial. Mujer de 30 años con diagnóstico endoscópico de endometriosis colónica sin evidencia de implantes a otros niveles que debutó como una pseudoobstrucción intestinal.

Discusión. Los implantes endometriales intestinales se manifiestan por dolor abdominal, proctalgia, lumbalgia, diarreas crónicas o estreñimiento, y menos frecuentemente detección de masas abdominales, obstrucciones y rectorragia. La más frecuente es el dolor crónico, pudiendo simular múltiples patologías. Los implantes extraginecológicos y extraperitoneales representan un 8,9%. De estos, las formas intraintrales se observan en un 32,3% cuya localización más frecuente es el rectosigma (73%) y el septum rectovaginal (13%). En mujeres en edad fértil con cuadros de dolor lumbar y episodios de sangrado digestivo bajo debemos tener presente esta entidad tras descartar las patologías más frecuentes que pueden debutar con esta sintomatología (diverticulitis, apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, abscesos tubo-ováricos, síndrome de intestino irritable, carcinomas, linfomas,...), fundamentalmente si existe relación temporal con las menstruaciones. Las manifestaciones clínicas de esta entidad son múltiples e inespecíficas simulando otras muchas entidades. Aunque la TAC pueda detectar con una alta sensibilidad (90%) la presencia de masas pericolónicas sugestivas de implantes endometriósicos y la colonoscopia demuestre la presencia de defectos intraluminales, la confirmación histopatológica no siempre es posible debido al alto porcentaje de implantes intramurales, sobre todo en pared rectal (80%).

Conclusiones. La endometriosis es una patología muy frecuente dentro de este grupo etario. La afectación de la pared intestinal representa aproximadamente un 2% de las localizaciones extragenitales de la endometriosis. Las manifestaciones clínicas son compatibles con otras entidades frecuentes dentro de este grupo de edad, siendo, por lo tanto una enfermedad simuladora, para cuyo diagnóstico se precisa un alto índice de sospecha.

V-122**ILEITIS TERMINAL COMO MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE TRAS HAART****J. Gómez Sirvent¹, M. Alonso Socas¹, R. Alemán Valls¹, A. Castellano Higuera¹, L. Delgado Plasencia², E. Rodríguez Rodríguez¹, R. García Marrero¹ y M. Rodríguez Gaspar¹**¹Medicina Interna, ²Cirugía General, Universitario de Canarias.
La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. La utilización del HAART (terapia antirretroviral de alta eficacia) se ha acompañado de un fenómeno clínico denominado «Síndromes de reconstitución inmune» (SRI) basado en la aparición de infecciones oportunistas durante las primeras semanas del HAART en pacientes con bajo recuento inicial de CD4 y el empeoramiento paradójico de infecciones que estaban controladas o estabilizadas, con manifestaciones atípicas. Estos fenómenos se explican por la presencia de mayor capacidad de respuesta inmune inflamatoria antimicrobiana, previamente silentes o estabilizados y a la acti-

vidad de las citocinas, como IL-2, llegándose a situaciones en las que la sintomatología de debe al daño inflamatorio y no a la propia infección. El SRI parece relacionado con el aumento de los CD4 y CD8, aparece entre las 12-16 semanas tras el inicio del HAART y se asocia a infecciones por micobacterias, LMP, CMV, varicela zoster, hepatitis B y C, Criptococosis, Pneumocystis carinii, sarcoma de Kaposi, linfoma, y otras de menor frecuencia. El tratamiento se basa en tratar la enfermedad subyacente, el uso de antiinflamatorios (corticoides, AINES) y evitar la retirada de HAART.

Discusión. Paciente mujer de 27 años diagnosticada de infección VIH en otro centro a raíz de un cuadro de diarreas acuosas sin sangre, dolor abdominal en epigastrio, pérdida de peso y episodios de candidiasis esofágica de 1 año de evolución. Ingresa en nuestro centro para continuar estudios. En la exploración física destacaba: desnutrición moderada, T° 38 °C. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en epigastrio y fosa iliaca derecha. Analítica: Hto: 28,9%; Hb: 11,1 g/dl, leucocitos: 6000/mm³ (N:68%), plaquetas: 527.000 mm³, VSG: 55, CD4:10 células/mm³ (10,3%), CD8: 209 (49%), CVVIH: 1030 copias/ml. Aislamiento de Cryptosporidium en varias muestras de heces. Ecografía abdomen: ileon terminal de paredes engrosadas. Colonoscopia: pancolitis e ileitis terminal. Biopsia intestinal: mucosa ileal y de colon ulcerada con signos inflamatorios crónicos. Cultivos para CMV, virus herpes y mycobacterias negativos. Se instauró tratamiento con paramomicina, D4T, 3TC y kaleta, con buena tolerancia, mejoría del dolor abdominal y las diarreas. Al mes del inicio del tratamiento, la paciente presenta empeoramiento del dolor abdominal, fiebre, vómitos ocasionales y desnutrición intensa sin diarreas. En ese momento presentaba unos CD4: 334 (7%), CD8: 3.254 (75%). El TAC de abdomen mostraba engrosamiento edematoso del ileon terminal y el tránsito intestinal signo de la cuerda con estenosis y rigidez a nivel de ileon terminal. No se aislaron cryptosporidium en heces. Se instauró tratamiento empírico antibiótico, para CMV y reposo intestinal mejorando los síntomas. A los 4 meses de iniciar el HAART, y tras dos ingresos más por los mismos síntomas, la paciente requirió nuevo ingreso por signos de suboclusión intestinal. Se realiza laparotomía exploradora evidenciándose engrosamiento y eritema en ileon terminal con perforaciones puntiformes y adenopatías mesentéricas. Se realiza hemicolectomía derecha y anastomosis colo-ileal laterolateral. El informe anatomopatológico describía una enteritis erosiva con signos de fibrosis e inflamatorios crónicos. Los cultivos para virus y mycobacterias de las muestras quirúrgicas fueron negativas. Tras la cirugía la paciente evolucionó favorablemente con remisión de todos los síntomas y con persistencia de la buena respuesta inmunológica y virológica al HAART.

Conclusiones. En toda la literatura revisada no hemos encontrado ningún cuadro de SRI tras infección por Cryptosporidium. En nuestro caso, el inicio del HAART y el tratamiento específico para la infección por Cryptosporidium resultó en una mejoría inicial de los síntomas abdominales. Posteriormente los síntomas empeoraron, coincidiendo con un incremento importante precoz del recuento de CD4 y CD8, la ausencia de Cryptosporidium en heces y de otras enfermedades oportunistas, lo que se puede justificar por un SRI tras el HAART. Agradecimientos. Este estudio ha sido parcialmente financiado por la «Red temática Cooperativa de Investigación en SIDA (Red de Grupos 173) del FIS».

V-123**INDUCCIÓN DE LA APOPTOSIS IN VITRO COMO FACTOR PREDICTIVO DE LA RESPUESTA CLÍNICA A QUIMIOTERÁPICOS DE PACIENTES CON LEUCEMIA LINFÓIDE CRÓNICA B (LLC-B)****R. Castejón, M. Citores, M. Yebra, S. Mellor-Pita, G. Peraile y J. Vargas**Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario
Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Los pacientes con LLC-B presentan una evolución clínica muy variable. Actualmente existen un gran número de factores pronóstico que ayudan a predecir el curso de la enfermedad. Sin embargo, no está clara la relación de estos factores pronósticos bien establecidos con la respuesta clínica de los pacientes a la quimioterapia. El objetivo de este estudio fue analizar la correlación del ensayo de inducción de apoptosis in vitro y la respuesta clínica al tratamiento

quimioterápico, así como la implicación de los factores pronósticos establecidos en la LLC-B en la respuesta in vitro a estos agentes.

Material y métodos. Se aislaron linfocitos B de sangre periférica de 50 pacientes diagnosticados de LLC-B y se cultivaron en presencia y ausencia de dosis equivalentes a las farmacológicas del agente alquilante clorambucil (10 µg/ml) y los análogos de purina fludarabina (1 µg/ml) y 2-clorodeoxiadenosina (0,05 µg/ml) durante 24 y 48 horas. La apoptosis se cuantificó con citometría de flujo mediante el doble marcaje con anexina V fluoresceinada y yoduro de propidio. El estudio de correlación de diferentes variables clínicas con los índices de apoptosis in vitro a los fármacos se realizó analizando el estadio de Rai y de Binet, la cifra y morfología de linfocitos en sangre periférica, el tiempo de duplicación linfocitaria, el patrón de afectación de la médula ósea, la tasa sérica de β_2 microglobulina, la cuantificación de inmunoglobulinas, las anomalías cromosómicas y la expresión celular de las proteínas CD38 y ZAP-70. Además, se tuvo en cuenta si los pacientes habían recibido tratamiento quimioterápico en algún momento de la enfermedad (n = 30) o nunca necesitaron tratamiento quimioterápico (n = 20).

Resultados. La inducción de apoptosis in vitro, mostró que los tres fármacos producían un aumento significativo de la apoptosis en relación con la muerte celular espontánea en los mismos periodos de incubación. La respuesta de los linfocitos B tratados in vitro se calculó como una relación entre el porcentaje de apoptosis inducida por el fármaco y el porcentaje de apoptosis espontánea. La comparación de la apoptosis con los tres fármacos no mostró diferencias significativas entre la respuesta a alquilantes o a análogos de purina. Los pacientes que han recibido tratamiento previo con agentes alquilantes muestran un menor índice de apoptosis inducida por fludarabina, lo que sugiere una posible resistencia cruzada entre ambos fármacos. Los resultados del estudio de correlación entre los considerados como factores pronósticos y la respuesta in vitro, sugieren que la apoptosis inducida por clorambucil y fludarabina guarda relación con los estadios de Rai y de Binet: los pacientes con estadios intermedios o avanzados tuvieron índices menores que los de estadios más precoces. El nivel sérico de β_2 microglobulina también marcó diferencias significativas en el porcentaje de muerte celular inducida por ambas drogas, concordante con la relación que existe entre el estadio clínico y los niveles de β_2 microglobulina. Del resto de los parámetros estudiados, sólo se encontró correlación de la apoptosis inducida por análogos de purina con el tiempo de duplicación linfocitaria, la expresión de CD38 y la delección p53. Más consistentes fueron las alteraciones del cariotipo, ya que se observó que el índice de apoptosis con fludarabina fue significativamente inferior en pacientes con cariotipo complejo que en aquellos con cariotipo normal. En los pacientes en los que se determinó la expresión celular de la proteína ZAP-70, no se encontró paralelismo con los índices de apoptosis inducida por fármacos. No se encontró correlación positiva entre las respuestas clínicas al tratamiento con agentes del grupo alquilante y los índices de la apoptosis in vitro inducida por clorambucil. En el grupo que recibió análogos de purina, se observó que los pacientes que respondían clínicamente a fármacos de este grupo tuvieron índices significativamente más elevados que los que no presentaron respuesta clínica.

Conclusiones. El estudio de la apoptosis in vitro inducida por fármacos puede predecir la respuesta terapéutica en pacientes con LLC-B tratados con análogos de purina, así como la correlación con marcadores considerados pronósticos podría aportar una información de utilidad en la predicción de la respuesta clínica.

V-125

PAPEL DE LA VINCRISTINA EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO/PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA

I. Aomar Millán, D. Vinuesa García, D. Sánchez Cano, F. Navarro Pelayo, G. Biosca Echenique, N. Ortego Centeno, J. Callejas Rubio y J. De la Higuera Torres Puchol

Medicina Interna. H. Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Descubrir las manifestaciones clínicas y la respuesta al tratamiento combinado con vincristina y plasmaféresis en los pacientes diagnosticados de SHU/PTT en nuestro servicio en este último año.

Material y métodos. PACIENTES Y MÉTODOS: Se diagnosticaron tres pacientes; dos presentaron una PTT, y uno un SHU. En dos pacientes se inició tto con plasmaféresis y vincristina desde el inicio, a dosis de 1 mgr separados cada tres días; en total 4 dosis, presentando ambos remisión completa. Durante el seguimiento no presentaron recaídas tras una media de seguimiento de 24 meses. El otro paciente recibió sólo plasmaféresis, presentando una recaída a los 4 meses, por lo que se inició tratamiento con plasmaféresis más vincristina, controlándose la recaída y sin nuevos brotes tras 9 meses de seguimiento. Cuando se asoció la vincristina de inicio se observó además la necesidad de un menor número de sesiones de plasmaféresis.

Discusión. El Sd. Hemolítico Urémico (SHU)/Púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) constituye una urgencia médica por su elevada mortalidad. La plasmaféresis es el tratamiento de elección en este tipo de pacientes. Desde la aparición de ésta, la mortalidad se ha reducido drásticamente, aunque todavía sigue siendo elevada. De ahí la necesidad de buscar tratamientos más eficaces. La asociación inicial con vincristina parece mejorar el pronóstico en estos pacientes, y podría incluso reducir el número de sesiones de plasmaféresis.

Conclusiones. La combinación del tratamiento con vincristina asociada a plasmaféresis fue bien tolerada y más efectiva que la plasmaféresis sola, reduciendo el número de sesiones de plasmaféresis, y ninguno de los dos casos presentó recaídas, por lo que pensamos que debería considerarse como tratamiento inicial en este tipo de pacientes.

V-126

ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA ASOCIADA A ADENOCARCINOMA DE COLON

A. Epalza Bueno, A. Martínez Berriotxo, G. Ruiz Irastorza, M. Egurbide Arberas y C. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Objetivos. Revisión de la bibliografía sobre Endocarditis Trombótica No bacteriana (ETNB) asociada a cáncer, a propósito de un caso.

Material y métodos. Comunicación de caso clínico y revisión bibliográfica en MEDLINE, palabras clave: Nonbacterial thrombotic endocarditis, embolism, thromboembolism, stroke, cancer, hypercoagulability

Resultados. Mujer de 36 años, fumadora, diagnosticada de anemia hemolítica crónica (asintomática y sin tratamiento). Ingresó por cuadro brusco de pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, precedido de un episodio transitorio de parestias en hemicuerpo izquierdo y un episodio de amaurosis fugax izquierda. En la exploración física destacaba la existencia de hepatomegalia dolorosa y de hemiparesia y hemihipoestesia izquierdas, con paresia facial izquierda central, desviación de la mirada conjugada hacia la derecha y signo de Babinsky izquierdo positivo; no se apreciaban soplos cardíacos. El estudio analítico inicial presentaba anemia normocítica sin signos de hemólisis, y elevación de transaminasas, fosfatasa alcalina y GGT; el estudio básico de coagulación era normal. La TC cerebral mostró la presencia de un infarto agudo frontoparietal derecho, que se confirmó mediante RM, en la que se descubrió asimismo la existencia de un infarto en hemisferio cerebeloso derecho. La ecografía-Doppler de troncos supraaórticos y transcraneal de arteria cerebral media derecha fueron normales. En el ecocardiograma transtorácico se observó la existencia de un engrosamiento en válvula aórtica, no pediculado y no vegetante, sugerente de lesión trombótica no bacteriana. Los estudios microbiológicos fueron repetidamente negativos, y el estudio de hipercoagulabilidad fue normal. La TC toraco-abdominal mostró la existencia de metástasis hepáticas múltiples y engrosamiento en colon transversal. Se confirmó mediante colonoscopia el diagnóstico de adenocarcinoma de colon. La paciente fue tratada con heparina sódica en perfusión i.v. La evolución fue desfavorable. Presentó un episodio de isquemia arterial en extremidad inferior izquierda, rectorragia que requirió transfusión por anemia severa, ascitis e insuficiencia hepática y renal. Falleció cuatro semanas después del ictus que motivó el ingreso. Se han obtenido en MEDLINE referencias con un total de más de 800 casos de ETNB, sobre los que se realiza la revisión.

Discusión. La ETNB es una entidad caracterizada por la presencia de un trombo estéril adherido al endocardio valvular, con mayor fre-

cuencia en válvulas mitral y aórtica, cuya presencia se asocia con la existencia de fenómenos embólicos sistémicos (especialmente en SNC) y más raramente con disfunción valvular, en el contexto de una amplia variedad de situaciones clínicas asociadas a hipercoagulabilidad entre las que destacan las neoplasias y el síndrome antifosfolípido (SAF). La incidencia es baja y el diagnóstico difícil de establecer, ya que habitualmente no se sospecha. Las neoplasias más frecuentemente asociadas con ETNB son los adenocarcinomas (pancreático, gástrico y colónico especialmente) y los linfomas no Hodgkin, aunque se ha descrito su asociación con una gran variedad de tumores. El diagnóstico se realiza generalmente en pacientes con enfermedad diseminada conocida, siendo poco habitual que las manifestaciones embólicas precedan al diagnóstico de la neoplasia, tal como ocurrió en el caso expuesto. La heparina es en la mayoría de los casos el único fármaco eficaz en la prevención de los embolismos. El objetivo principal del tratamiento es el control de la enfermedad subyacente, por lo que en los casos asociados a neoplasias diseminadas el pronóstico es generalmente malo.

Conclusiones. La ETNB es una entidad infrecuente que debe descartarse ante la presencia de embolismos sistémicos (especialmente en SNC) en pacientes neoplásicos y en situaciones clínicas asociadas a hipercoagulabilidad. En los casos asociados a neoplasia, el diagnóstico de ETNB raramente precede al diagnóstico del tumor, y suele presentarse en pacientes con enfermedad diseminada, por lo que el pronóstico es generalmente malo.

V-127

VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE HOMOCISTEÍNA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON METOTREXATO Y ÁCIDO FÓLICO

P. de Santos Castro¹, E. Giménez Barriga¹, M. Élices Calzón¹, A. Jimeno Carruez¹, A. Antelo Pose², I. Ramírez Martínez², F. García Velasco³ y J. Castrodeza Sanz⁴

¹Medicina Interna, ²Laboratorio Central, ³Reumatología.

⁴Medicina Preventiva. Clínico Universitario. Valladolid.

Objetivos. 1) Valorar los niveles de homocisteína basal (Hcy) y tras sobrecarga oral de metionina (Hcy-M) en pacientes con AR tratados con MTX y ácido fólico. 2) Comparar estos niveles con los obtenidos en una muestra de personas sanas. 3) Determinar de qué factores dependen los niveles de Hcy en estos pacientes.

Material y métodos. En la consulta de Reumatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, entre mayo y julio de 2001, hemos seleccionado a pacientes con AR en tratamiento con MTX y ácido fólico desde, al menos, 8 semanas previas a su entrada en el estudio, y que no estuvieran tomando fármacos inmunosupresores (excepto corticoides) o modificadores de la enfermedad. A cada paciente se le realizó una entrevista y una analítica con el fin de valorar factores de riesgo cardiovascular, tratamientos empleados, índices de actividad de la AR y estado metabólico (Hcy, Hcy-M, folatos y vitamina B12 en plasma). La relación de los niveles de Hcy y Hcy-M con el resto de parámetros estudiados se ha analizado mediante el programa SPSS 11.5. Asimismo, realizamos la determinación de Hcy y Hcy-M en una muestra de personal del hospital, que actuaron como sujetos sanos.

Resultados. Determinamos los valores de Hcy y Hcy-M en 65 sujetos sin enfermedad cardiovascular conocida (21 varones y 44 mujeres). La Hcy basal fue de $8,45 \pm 0,71$ mmol/l ($9,65 \pm 1,58$ para varones y $7,88 \pm 0,69$ para mujeres), y la Hcy-M fue de $27,59 \pm 1,53$ mmol/l ($29,73 \pm 2,92$ para varones y $26,57 \pm 2,44$ para mujeres). A la luz de estos resultados, hemos considerado hiperhomocisteinémicos, en nuestro medio, a aquellas personas con Hcy basal mayor de 17,05 mmol/l para varones, 12,58 mmol/l para mujeres, u Hcy-M mayor de 43,45 para ambos sexos. Hemos incluido en el estudio a 42 pacientes con AR (9 varones y 33 mujeres). La edad media fue de $57,5 \pm 4,86$ años. La Hcy basal fue de $11,04 \pm 1,11$ mmol/l ($11,62 \pm 2,22$ para varones y $10,88 \pm 1,24$ para mujeres). La Hcy-M fue de $35,27 \pm 5,23$ mmol/l ($32,86 \pm 10,46$ para varones y $35,93 \pm 6,07$ para mujeres). El 19,0% (8) de los pacientes presentaron hiperhomocisteinemia. De todas las variables estudiadas, encontramos que la Hcy se relacionó de forma significativa con la edad ($r = 0,573$; $p = 0,000$), existencia de HTA ($12,70 \pm 1,96$ vs $10,29 \pm 1,28$; $p = 0,049$), urea ($r = 0,460$; $p = 0,002$), grado de actividad (leve $10,42 \pm 1,07$; severa $15,42 \pm 9,82$; $p = 0,045$) y existencia de déficit de B12 ($14,43 \pm 5,71$ vs $10,68 \pm 1,04$; $p =$

$0,050$). La Hcy-M se relacionó con el IBM ($r = 0,443$; $p = 0,003$), el número de articulaciones dolorosas ($r = 0,346$; $p = 0,025$) y tumefactas ($r = 0,369$; $p = 0,016$), y el índice de actividad DAS 28 ($r = 0,309$; $p = 0,047$). La escala de capacidad funcional HAQ se relacionó con ambas determinaciones (Hcy basal: $r = 0,339$, $p = 0,028$; Hcy-M: $r = 0,337$, $p = 0,029$).

Discusión. Hemos comprobado que los pacientes con AR en tratamiento con MTX presentan niveles de Hcy (basal y tras sobrecarga oral de metionina) más elevados que la población general, a pesar de estar tomando suplementos de ácido fólico. Los niveles de Hcy están relacionados con la edad, la HTA, la función renal, la existencia de déficit de B12, el mayor tiempo de evolución de la AR, la capacidad funcional del paciente (al igual que la Hcy-M) y el grado de actividad de la AR (aunque con menor fuerza que la Hcy-M).

Conclusiones. La hiperhomocisteinemia puede ser un problema a controlar en los pacientes con artritis reumatoide, en especial en las severas o de larga evolución, por su posible asociación con el incremento de la mortalidad cardiovascular encontrado en estos pacientes.

V-128

ESTACIONALIDAD DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

S. Nistal, R. Barba, A. Asenjo, R. Puertas, A. Vegas, C. Tejero, A. Espinosa y A. Zapatero

Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Objetivos. Existe la impresión de que algunas patologías graves tienen una variación circual. Entre ellas la hemorragia digestiva se ha postulado como una enfermedad que podía aparecer con más frecuencia en algunas estaciones del año. Tradicionalmente se consideraban la primavera y el otoño como las estaciones de más riesgo, aunque otros estudios han apuntado al invierno o a los meses lluviosos como las épocas donde el sangrado digestivo es más frecuente. Nos propusimos valorar la distribución anual de las hemorragias digestivas ingresadas en nuestro servicio con el fin de determinar si había variaciones en las distintas estaciones del año.

Material y métodos. Se identificaron todos los casos de hemorragias digestivas aguda ingresados en la Fundación Hospital de Alcorcón desde enero del 99 hasta diciembre del 2003 mediante los datos obtenidos del CMBD basándonos en el código CIE-9 del diagnóstico al alta. Los pacientes fueron categorizados según el mes y la estación del año en la que habían ingresado. Se compararon los diferentes períodos.

Resultados. Durante el período de estudio ingresaron en nuestro centro 70512 individuos mayores de 14 años, de los cuales 1850 (2.6%) lo hicieron por un episodio de hemorragia digestiva. La edad media de los pacientes fue 67.1 años (17.3SD), el tiempo medio de estancia en el hospital 8.3 (13.4SD) días. Un 62.4% eran varones. Un 5.9% de los pacientes fallecieron durante el ingreso. La distribución por estaciones fue 26.7% en invierno, 22.8% en primavera, 23.3% en verano y 27.3% en otoño. En los meses fríos (octubre 9.1%, noviembre 9.6%, diciembre 9.1%) hubo más casos de sangrado que los meses cálidos (junio 7.3% y julio 7.4%). No hubo mayor mortalidad o estancia media superior en ninguna de las estaciones del año.

Discusión. En nuestro estudio se demuestra que existe un mayor porcentaje de sangrado digestivo durante las estaciones frías del año. Dado que en esos meses se consumen más fármacos y que algunos de ellos (antigripales por ejemplo) pueden estar relacionados con el sangrado, se puede especular que son esos motivos, y no los meteorológicos propiamente los que condicionan mayor riesgo de sangrado.

Conclusiones. Hay más episodios de HDA las estaciones frías del año.

V-129

OSTEOPROTEGERINA EN LA HEPATOPATÍA ALCOHÓLICA

E. García-Valdecasas Campelo¹, E. González Reimers¹, F. Santolaria¹, M. de la Vega Prieto², M. Sánchez Pérez¹, M. Durán Castellón¹, A. Fonseca¹ y J. Ruiz Lacambra¹

¹Medicina Interna, ²Laboratorio. Hospital Universitario Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. La osteopatía del paciente alcohólico es fundamentalmente una osteoporosis. En cada momento de la vida la masa ósea

viene determinada por el pico de masa ósea y la intensidad relativa de y destrucción ósea. Este proceso de remodelado está sujeto al control de diversas hormonas (vitamina D, IGF-1, hormonas sexuales, parathormona (PTH), cortisol, etc), y diversas citocinas. En los últimos años se ha visto que la actividad del osteoclasto esta regulada por el sistema osteoprotegerina/RANKL (OPG/RANKL), que actuaría como una vía final común sobre la que ejercer su acción las hormonas y citocinas comentadas. La OPG actúa como un receptor «trampa» que al unirse al ligando RANK previene la activación osteoclastica.

Resultados. Los niveles de OPG fueron mayores en los pacientes (12,66+/-6,44 pmol/L) que en los controles (6,79+/-1,69 pmol/L, t = 2,87, p < 0,005), especialmente en cirróticos (10,96+/-5,45 pmol/L, t = 3,38, p < 0,001). Los pacientes también muestran niveles mayores de telopeptido C-terminal (t = 5,28, p < 0,001), menores de IGF-1 (t = 3,15, p < 0,002), vitamina D (t = 9,89, p < 0,001) y osteocalcina (t = 6,74, p < 0,001) respecto a los controles. No encontramos diferencias para la PTH ni el RANKL. Los niveles de TNF-alfa eran mayores en pacientes que en controles (KW = 13,8, p < 0,001), especialmente en cirróticos (Z = 2,75, p < 0,01). Los niveles de OPG mostraron una estrecha correlación con el TNF-alfa (r = 0,64, p < 0,001) y con la IL-6 (r = 0,62, p < 0,001).

Conclusiones. La OPG está elevada en los pacientes alcohólicos, especialmente en cirróticos. Su relación con la densidad mineral ósea es escasa. También estaban elevados los niveles de TNF-alfa y de IL-6 con una relación estrecha con la OPG. Ya que estas citocinas se relacionan con la resorción ósea su relación con la OPG sugiere un efecto protector en la pérdida ósea.

**V-130
CARCINOMATOSIS MENÍNGEA Y ADENOCARCINOMA DE PULMÓN: A PROPÓSITO DE 7 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

G. Bejarano¹, L. Gabarró¹, S. Vidal¹, A. Tercero², C. García², R. Comet¹, D. Cánovas² y J. Estela²

¹Medicina Interna, ²Neurología. Pac Tauli, Hospital de Sabadell. Barcelona.

Objetivos. La meningitis carcinomatosa (MC) es complicación infrecuente de tumores sólidos (1%-8%) y suele desarrollarse años después del diagnóstico del tumor primario, raramente es primera manifestación. Objetivo: describir 1 caso de MC como primer síntoma en paciente diagnosticado posteriormente de ADK, y conocer nuestra casuística de MC+ADK.

Material y métodos. A propósito de paciente con clínica neurológica y diagnóstico de MC hemos revisado todos los líquidos cefalorraquídeos (LCR) con citología (+) para células malignas (133), y todos los casos de diagnóstico de ADK-P+CM concomitante, en cualquier momento de su vida, ingresados entre Enero 1995-Julio 2005.

Resultados. Varón, de 82 años, lobectomía LSI hace más de 10 a, ingresado Abril-2004 por encefalopatía subaguda: limitación de mirada conjugada, vertical, horizontal y convergencia, marcha apráxica. LCR, hiperproteinorraquia y citología (+) para ADK. Rx tórax, pérdida volumen hemitórax dcho, aumento densidad base izq. TAC torácico, masa LSI, lesión cavitada LII, nódulo LSD, proceso neumónico LID. TAC craneal atrofia cerebral difusa. RMN cerebral, hidrocefalia comunicant y proceso infiltrativo leptomeníngeo difuso.

Falleció 3 semanas de ingreso por insuf. respiratoria aguda. Necropsia: ADK pulmón dcho e izq, focos microscópicos de metástasis en SNC y meninges. Revisión de casos: > LCR eran enfermedades proliferativas hematológicas. 9 con celulas carcinoma: 8 neo mama y el otro, nuestro caso. Encontramos 18 pacientes neo maligna pulmonar+ MC: 6 epidermoide, 4 oat-cell, 1 células grandes, y 7 ADK-P: varones fallecidos (edad media de 59.57 a) diagnostico de ADK precedente al de MC, excepto en nuestro caso; en 2 diagnóstico de recidiva ADK-P se había realizado por ingreso por MC.

Discusión. Aunque 50% casos de nuestra serie el diagnóstico de MC se ha hecho por exclusión, coincide con literatura en que MC es infrecuente complicación de neos malignas solidas, característicamente en pacientes con diagnóstico conocido de malignidad más que como manifestación inicial. La punción LCR: glucosa baja, predominio linfocitos, aumento proteínas. Citología LCR (+) en el 50% de casos en primera punción lumbar. El uso de RM craneal con gadolinio es la técnica de imagen que más nos ayuda. Sólo el caso expuesto presenta clínica, citología y neuroimagen compatibles con diagnóstico de MC.

Conclusiones. La MC es complicación infrecuente y tardía de ADK-P, pero debe tenerse en cuenta como causa de MC, una vez descartadas enfermedades proliferativas hematológicas y neo mama. Nuestra serie apoya los datos publicados sobre MC y ADK-P.

**V-131
MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA**

A. Tejera Concepción¹, F. Santolaria Fernández¹, M. Alemán Valls¹, E. González Reimers¹, M. Díez Fuentes², A. Martínez Riera¹, R. Ros Villamajó¹ y J. Jorge Hernández¹

¹Medicina Interna, ²Laboratorio Central. Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife.

Objetivos. Analizar los motivos de ingreso en pacientes con bajo grado de gravedad. Estudiar qué otros factores, no incluidos en los criterios de Fine, se relacionan con la mortalidad durante el ingreso. Valorar si dichos factores, tienen valor predictivo independiente.

Material y métodos. Hemos estudiado 241 pacientes (89 mujeres y 152 varones) hospitalizados por neumonía con confirmación radiológica. Se valoró la mortalidad durante el ingreso en el hospital.

Resultados. Fallecieron 28 pacientes (11.6%), con una edad media de 78.2 ± 2.3 años y puntuación de Fine de 155 ± 7 puntos, frente a 68 ± 1.2 años y Fine de 117 ± 3 puntos en los que sobrevivieron. 59 pacientes (24.5%) ingresaron con un índice bajo de gravedad (grados I a III), de los que sólo falleció uno. Los motivos del ingreso fueron: comorbilidad en 31 casos (52%), inmunosupresión en 13 (22%), problemas sociales en 8 (14%), neumonía extensa en 5 y derrame pleural en 2 casos. 86 pacientes ingresaron con grado IV (gravedad moderada), mortalidad de 10.5%, y 96 con grado V (gravedad intensa) y mortalidad de 18.8%. Otros datos, no incluidos en el escore de Fine, relacionados con la mortalidad fueron: deshidratación al ingreso con aumento del sodio, desnutrición con disminución del peso (IMC), del área muscular del brazo y de la fuerza de la mano (dinamometría), disminución del recuento de linfocitos, tanto de los T4 como de los T8, y disminu-

Tabla 1. (V-130).

| | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 | Caso 4 | Caso 5 | Caso 6 | Caso 7 |
|--------------------------------------|---------------------|-----------|-----------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------|
| Edad diagnóstico ADK | 83 | 69 | 55 | 45 | 52 | 45 | 48 |
| Tiempo diagnóstico ADK-MC (semanas) | 0 | 48 | 36 | 144 | No consta | 28 | 76 |
| Diagnóstico MC | Clínico RMN LCR (+) | Clínico | Clínico | Clínico RMN LCR (-) | Clínico LCR (-) | Clínico RMN de SNC y columna | |
| Tratamiento | Paliativo | Paliativo | Paliativo | Carboplatino-Taxol (2 ciclos) | Paliativo | Carboplatino-Taxol (2 ciclos) | Paliativo |
| Tiempo Diagnóstico MC-éxito (semana) | 3 | 8 | 4 | 16 | 8 | 36 | 3 |

ción de la albúmina y de la prealbúmina. Mediante análisis de regresión logística se observa que el valor predictivo de la desnutrición (disminución del área muscular del brazo) es independiente del escore de Fine.

Discusión. El escore de gravedad de Fine es el más utilizado para decidir el ingreso en el hospital de pacientes con neumonía; sin embargo, son muchos los pacientes que ingresan sin cumplir criterios de gravedad. Por otra parte, el escore de Fine, pese a obtenerse a partir de múltiples apartados, no tiene en cuenta otros datos relacionados con la mortalidad como son los del estado de nutrición.

Conclusiones. Se comprueba la idoneidad de los criterios de Fine para determinar el ingreso en el hospital, aún cuando concurren otros problemas como marginación o comorbilidad. La desnutrición se relaciona con un peor pronóstico que parece ser independiente del escore de gravedad de Fine.

V-132
FACTORES DE RIESGO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN SALAMANCA

L. Pozo Rosado, V. Velasco Tirado, C. Soler Fernández, G. Ternavasio, V. García Bernalt, R. Sánchez Sánchez y L. González Villarón

Medicina Interna. Complejo Hospitalario. Salamanca.

Objetivos. El Carcinoma Hepatocelular (CH) es un tumor frecuente en el mundo (450.000 casos nuevos/año/mundo), que presenta unas características epidemiológicas y patogénicas diferentes según la zona geográfica que se estudie. Esto parece que estaría en relación con la prevalencia en cada zona de los diferentes factores de riesgo relacionados con este tumor, entre los que estarían las infecciones por virus hepatotropos, el consumo de alcohol y el tabaquismo, enfermedades con afectación hepática, etc. El objetivo de nuestro trabajo es conocer los factores de riesgo más frecuentes en la provincia de Salamanca.

Material y métodos. Se recogieron los sujetos diagnosticados de CH en el Complejo Hospitalario de Salamanca durante los años 1998 y 2003, obteniendo los datos mediante la revisión de historias clínicas y posteriormente un análisis estadístico (SPSS). Los datos recopilados fueron la edad y el sexo, hábitos tóxicos, serología para virus hepatotropos, existencia de enfermedades con afectación hepática (hemocromatosis, diabetes mellitus, cirrosis biliar primaria, etc). Se excluyeron aquellos sujetos no diagnosticados en nuestro centro, a los de edades inferiores a 14 años y a los que en su historia clínica faltaba alguno de los datos necesarios.

Resultados. Se obtuvieron 73 sujetos con una edad media de 69.83 ± 9.11 años y una relación mujer/hombre de 1/3.8. Los datos referentes a los factores de riesgo se resumen en la tabla.

Discusión. Es fundamental un exacto conocimiento de los factores más frecuentemente relacionados con el CH, para poder identificar a sujetos con alto riesgo y realizar así un diagnóstico precoz. El factor de riesgo más frecuente en nuestra provincia fue el consumo de alcohol (61,64%). Dentro de las hepatitis víricas, aunque no son el factor más prevalente en nuestra zona, encontramos la infección por VHC en un porcentaje considerable de casos. No debemos de dejar de considerar la diabetes mellitus, en el contexto de una posible hepatopatía grasa no alcohólica, como causa de este tumor dado el alto porcentaje en nuestro estudio.

Factores de riesgo.

| | Resultados |
|--------------------|--|
| Hábitos tóxicos | Alcohol n = 12 (16,4%) Tabaco n = 9 (12,3%) Alcohol + tabaco n = 33 (45,2%) Ninguno n = 19 (26%) |
| Virus hepatotropos | VHB positivo n = 9 (12,32%) VHC positivo n = 17 (23,29%) Ambos (VHB y VHC) n = 1 (1,37%) Negativo n = 46 (63,01%) |
| Otras enfermedades | Hemocromatosis n = 3 (4,1%) Diabetes Mellitus n = 22 (30,1%) |

V-133
ENFERMEDAD CELÍACA EN ADULTOS

S. Martínez Tudela, R. Cañizares Navarro, E. López Calleja, E. Vicente Rubio, M. Díaz Cuevas y J. Roberts Gates

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de San Juan. Alicante.

Objetivos. El diagnóstico de la enfermedad celiaca ha aumentado en adultos. El 20% de los casos ocurre en pacientes mayores de 60 años y la anemia ferropénica es la forma más común de presentación. El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia de la enfermedad celiaca en nuestro hospital, sus formas de presentación clínica, sus alteraciones analíticas más frecuentes y las enfermedades asociadas.

Material y métodos. Revisamos las historias clínicas de todos los pacientes adultos diagnosticados de enfermedad celiaca a partir de anticuerpos antiendomiso Ig A positivos. Analizamos la edad, sexo, manifestaciones clínicas, alteraciones analíticas, enfermedades asociadas, complicaciones y hallazgos en la biopsia intestinal.

Resultados. Encontramos 22 pacientes, 15 mujeres y 7 hombres con edades comprendidas entre los 17 y 72 años. 9(41%) pacientes estaban asintomáticos. 13(59%) presentaban síntomas: 9 diarrea; 4 pérdida de peso; 2 dolor abdominal; 2 malestar general; 1 distensión abdominal; 1 depresión; 1 ansiedad y 1 alopecia. Entre las alteraciones analíticas encontramos 8(36%) anemias ferropénicas; 7(32%) hipertransaminasemia; 5(23%) elevación de la fosfatasa alcalina; 3(14%) anemia normocítica; 3(14%) HDL baja; 2(9%) leucopenia; 2(9%) trombocitosis; 1(5%) hiponatremia; 1(5%) ferropenia sin anemia y 1(5%) tiempo de protrombina prolongado. Las enfermedades que se asociaron con más frecuencia a la enfermedad celiaca fueron la dermatitis herpetiforme en 4 pacientes, la diabetes tipo 1 en 3, el hipotiroidismo primario en 2 y el Síndrome de Down en 1. Sólo un paciente presentó sprue refractario. 12 de 14 biopsias de intestino delgado realizadas presentaron ausencia de vellosidades.

Conclusiones. En nuestra revisión la diarrea y la pérdida de peso fueron las formas de presentación clínica más frecuente en adultos diagnosticados de enfermedad celiaca. La anemia ferropénica, la hipertransaminasemia y la elevación de la fosfatasa alcalina son las alteraciones analíticas más frecuentes. Presentamos además 3 pacientes con HDL baja que se ha asociado con enfermedad celiaca en la literatura. La dermatitis herpetiformis y la diabetes tipo 1 son las dos enfermedades que se asocian con más frecuencia a la enfermedad celiaca en nuestra revisión.

V-134
MEGACALIOSIS: CAUSA INFRECUENTE DE INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN

R. Cigüenza, R. Torres Gárate, C. Martínez, D. Vivas, R. Del Río Ibáñez, B. Valle y J. Antolín

Medicina Interna I. Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Las infecciones urinarias constituyen la segunda causa de infección en nuestro medio. La incidencia varía en función del sexo y la edad del individuo. Existen una serie de factores predisponentes para su aparición y su recurrencia como embarazo, diabetes, inmunosupresión, manipulación de la vía urinaria o anomalías congénitas del tracto urinario. La megacaliosis es una rara anomalía congénita consistente en la dilatación de los cálices renales.

Material y métodos. Caso clínico: paciente de 25 años sin antecedentes de interés que es remitida a la consulta de medicina interna por infecciones urinarias de repetición durante el último año. En ocasiones presentaba sangre roja al final de la micción. Asimismo había presentado dos episodios de cólico nefrítico derecho los meses previos. En la exploración física no presentaba alteraciones significativas. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea y urinaria normales. Radiografía de abdomen: sin alteraciones significativas. Ecografía abdominal: Riñón derecho aumentado de tamaño (15-16 cms de diámetro máximo), con hidronefrosis generalizada, sin identificarse apenas tejido cortical. Riñón izquierdo de aproximadamente 12 cms, con tamaño y ecoestructura normales, sin observarse litiasis o dilatación de vías excretoras. Urografía intravenosa: Gran aumento de la silueta renal derecha, con retraso manifiesto de la fa-

se excretora. Severa dilatación pielocalicial derecha, con atrofia generalizada muy severa del parénquima renal. En ningún momento se identifica uréter derecho. Renograma: Riñón derecho aumentado de tamaño con desestructuración parenquimatosa, fundamentalmente en tercio inferior con curva obstructiva que no responde a la furosemida. Riñón derecho capta 31%. Riñón izquierdo 68%. Pielografía ascendente derecha: Megacalosis y pelvis renal dilatada.

Resultados. Con el diagnóstico de megacalosis y estenosis funcional de la unión pieloureteral, la paciente es remitida a urología realizándose pieloplastia derecha con buena evolución posterior. En la anatomía patológica, las porciones de uréter resecaadas mostraban variaciones en el tamaño de la luz, sin observarse alteraciones en el urotelio, ni en el resto de la pared.

Conclusiones. La megacalosis es una anomalía renal congénita que se caracteriza por dilatación de todos los cálices renales, sin dilatación de la pelvis renal o del uréter en ausencia de un factor obstructivo. La mayoría de las veces es un defecto unilateral y es más frecuente en varones. Generalmente se diagnostica a causa de las complicaciones que produce, litiasis e infecciones urinarias. En otras ocasiones el diagnóstico es casual durante una exploración por técnica de imagen. El tratamiento es conservador salvo cuando aparecen complicaciones, siendo entonces quirúrgico.

V-135

TRATAMIENTO DE LA PIELONEFRITIS AGUDA NO COMPLICADA EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO SIN INGRESO HOSPITALARIO CONVENCIONAL. ESTUDIO DE SEGURIDAD Y EFICACIA

M. Mirón Rubio¹, J. Spuch Sánchez¹, S. Hernández Toboso², P. Luque Martí², G. García Pardo² y M. Olona Cabasés³

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio, ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento en un grupo de pacientes con pielonefritis aguda no complicada (PNA) atendidos en régimen de hospitalización a domicilio (HaD) sin ingreso hospitalario convencional.

Material y métodos. Para el análisis se incluyeron de manera consecutiva 41 pacientes procedentes del área de Urgencias de nuestro centro diagnosticados de pielonefritis aguda en base a criterios estándar. El período de inclusión comprendía desde junio de 2003 hasta enero de 2005. Todos los pacientes cumplían los criterios establecidos de admisión en régimen de HaD (brevemente: estabilidad clínica y hemodinámica, diagnóstico de certeza, voluntariedad del paciente, condiciones higiénicas del domicilio aceptables, disponibilidad de línea telefónica y residencia en el área de cobertura asistencial de la unidad de HaD). Las variables en estudio se obtuvieron mediante revisión retrospectiva de las historias clínicas. Los resultados se compararon con un grupo de pacientes diagnosticados de PNA con ingreso hospitalario convencional, procedentes del servicio de medicina interna, excluyendo todos aquellos casos que no cumplieran al ingreso los criterios de admisión en HaD. Análisis estadístico: la descripción de los datos se ha efectuado mediante media y desviación estándar (DE) para variables (v.) cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para v. categóricas. Para la comparación de grupos se ha utilizado la prueba de la U de Mann Whitney para v. cuantitativas y la prueba de 2 para v. categóricas. El nivel de significación aceptado ha sido $p \leq 0,05$. El análisis de los datos se ha efectuado con SPSS versión 6.0

Resultados. La edad media de los pacientes fue de 41,4 años (min 17- max 81; DE 16,84), 34 eran mujeres (82,9%) y 7 varones (17,1%). La estancia media en HaD fue de 6,85 días (min 3- max 12; DE 2,1). El análisis de los factores de riesgo mostró una ausencia de los mismos en 12 de los 41 pacientes (29,2%), en 12 (29,2%) se observó el uso previo de antibiótico como principal factor de riesgo, 7 (17,07%) habían presentado episodios previos de PNA, 5 (12,1%) presentaban algún tipo de inmunodepresión, 5 (12,1%) presentaban antecedente de nefrolitiasis, 4 (9,75%) referían infecciones urinarias de repetición y el resto (19,5%) presentaban otros factores de riesgo (varios presentaban más de un factor de riesgo). La duración media del tratamiento antibiótico endovenoso fue de 4,14 días (min 2- max 9; DE 1,33). El fármaco endovenoso

más usado fue ceftriaxona (34 pacientes, 82,92%), seguido de ciprofloxacino (6 pacientes, 14,63%) y gentamicina (1 paciente, 2,43%). La terapia antibiótica secuencial se realizó en base a criterios clínico-evolutivos en 36 pacientes (87,80%), en 4 (9,75%) se modificó en base al antibiograma y en 1 (2,43%) fracasó el tratamiento. La duración media del tratamiento completo fue de 9,70 días (min 3- max 15; DE 2,23). De los 41 pacientes, en 1 (2,43%) fue necesario el ingreso hospitalario convencional por presentar shock séptico en el domicilio. No se observaron diferencias significativas con el grupo de pacientes controles tratados en régimen de ingreso hospitalario convencional.

Discusión. En nuestro análisis hemos observado que los pacientes con pielonefritis aguda no complicada asistidos en régimen de hospitalización a domicilio procedentes del área de urgencias presentan una estancia media, una duración del tratamiento antibiótico endovenoso y una tasa de curación similar al grupo de pacientes asistidos mediante ingreso hospitalario convencional. Las principales limitaciones del estudio son su diseño retrospectivo y el tamaño de la muestra en ambos grupos.

Conclusiones. La asistencia en régimen de hospitalización a domicilio de los pacientes con PNA no complicada procedentes del área de urgencias hospitalaria constituye una modalidad asistencial eficaz y segura cuando se aplican de manera adecuada los criterios de admisión.

V-136

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

B. Alcaraz Vidal, G. García Parra, P. García López, M. Artero Castro, N. Cobos Trigueros, M. Tomás Redondo, F. Vera Méndez y M. Jiménez Pascual

Medicina Interna. Santa María del Rosell. Cartagena, Murcia.

Objetivos. Evaluar las características clínico-epidemiológicas de esta entidad en nuestro área, así como los medios que llevaron a su diagnóstico.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo en nuestro hospital entre Enero de 1994 y Marzo de 2005, revisando las historias clínicas de aquellos pacientes entre cuyos diagnósticos al alta hospitalaria figuraba el de amiloidosis.

Resultados. Se revisaron 17 casos con el diagnóstico de amiloidosis, 2 de los cuales (12%) habían sido diagnosticados con anterioridad a dicho ingreso. Nueve pacientes eran mujeres y 8 varones. La media de edad fue de 65 años, con extremos de 48 y 74. Las formas de debut fueron: renal (síndrome nefrótico) en 6 casos (35%), anemia en 5 (30%), insuficiencia cardíaca en 3 (17%), síncope en 1 (6%), trombopenia en 1(6%) y apendicitis aguda en 1 caso (6%). Se acompañaban de cuadro constitucional 7 casos (41%), hipotensión ortostática 3 (17%), diarrea 3 (17%), neuropatía periférica sensitivomotora 1 (6%) y síndrome del túnel carpiano 1 (6%). Presentaban lesiones cutáneas 4 pacientes (23%): 1 livedo reticularis, 1 lesiones nodulares eritematosas, 1 púrpura en tobillos, y el cuarto hematoma palpebrales y en extremidades inferiores. Existían datos de afectación cardíaca en 7 de los 11 pacientes a los que se les realizó ecocardiograma, siendo el patrón restrictivo y el aumento de birefringencia de las paredes los hallazgos habituales, con descripción del característico sparkling en 2 casos. Tenían antecedentes de enfermedad reumatológica 4 pacientes (23%), de entre 7 y 22 años de evolución: 2 artritis reumatoide, 1 espondilitis anquilosante y 1 síndrome de overlap. Los diagnósticos finales fueron: 12 amiloidosis sistémicas primarias (70%) - 3 de ellas asociadas a mieloma (25%), 3 sistémicas secundarias (17%) y 2 renales (12%). Los 2 casos con diagnóstico previo eran una sistémica primaria y una sistémica secundaria. Se realizaron 8 biopsias rectales (7 fueron positivas, 87,5%), 3 renales (3 positivas, 100%), 2 de grasa subcutánea (1 positiva, 50%), 1 hepática (negativa) y 1 de apéndice (positiva, 100%). En 3 casos no se pudo realizar biopsia diagnóstica por la mala situación clínica, con altísima sospecha de amiloidosis sistémica primaria en 2, - 1 de ellos asociado a mieloma y el otro con signos ecocardiográficos de infiltración miocárdica-, y de sistémica secundaria en un paciente con espondilitis anquilosante. En las historias revisadas sólo figuran los episodios de fallecimiento en 5 de 17 casos (30%), comprendidos entre los 2 meses y los 2 años del diagnóstico, tratándose en 3 de muertes cardíacas y en 2 de sepsis. 4 de los 5 éxi-

tus documentados (80%) presentaban datos de infiltración amiloide cardíaca, y en ellos el tiempo de supervivencia fue menor.

Discusión. La amiloidosis se define como un trastorno del metabolismo proteico caracterizado por el depósito, de manera localizada o generalizada, de un material amorfo fibrilar en la matriz extracelular de un órgano. Su etiología es muy diversa, pudiendo aparecer de manera congénita, primaria o secundariamente a diversos procesos de carácter crónico. El espectro de presentación clínica es muy amplio, acompañándose de síntomas generales en gran parte de los casos. Su diagnóstico es anatomopatológico, siendo la biopsia rectal positiva hasta en el 85% y la renal la de mayor rendimiento, menos realizada por su mayor complejidad. Su pronóstico depende de la afectación de órganos vitales, siendo infausto si existe infiltración cardíaca.

Conclusiones. 1. En nuestra serie la amiloidosis sistémica primaria es más frecuente que la secundaria. 2. No hay diferencias significativas entre géneros y su incidencia es mayor en la edad media de la vida. 3. Su presentación clínica es muy variada, destacando el síndrome nefrótico y la anemia como más frecuentes. Síntomas generales están presentes en casi la mitad de los casos. 4. El diagnóstico es histológico, siendo en nuestra serie de mayor utilidad las biopsias de riñón y recto. 5. Su pronóstico depende de los órganos infiltrados, resultando ominoso si existe afectación cardíaca.

V-137

ARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES EN EL SÍNDROME DE KEARNS-SAYRE

M. Díaz Hurtado¹, M. Gato León², D. Silva², A. Vidal Tolosa³, E. Calvo Beguería⁴, L. Mouronval¹, M. Pina Latorre⁵ y J. Cabau Rubies¹

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Obispo Polanco, Teruel.

³Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Mollerussa, Lleida.

⁴Medicina Interna. Santa María, Lleida. ⁵Neurología. Hospital de Alcañiz, Teruel.

⁶Medicina Interna. Hospital de Barbastro, Huesca.

Objetivos. Comunicamos un caso de SKS portador de marcapasos que presentó episodios recurrentes de taquicardia supraventricular.

Resultados. Un paciente de 28 años consultó por disnea brusca y dolor epigástrico opresivo. Le habían diagnosticado de SKS a los 18 años. A los 24 años se le implantó un marcapasos bicameral META TELETRONICS en modo DDDR por BAV completo. Éste marcapasos responde ante una taquiarritmia con BAV 2:1 y posteriormente pasa a modo VVI. En el electrocardiograma obtenido de urgencias mostraba una taquicardia mediada por el marcapasos a 150 sístoles por minuto. El paciente revirtió espontáneamente a ritmo sinusal. El marcapasos fue reprogramado a modo DDDMO y se le pautó verapamil 40mgr cada 8 horas como profilaxis de nuevos episodios de taquiarritmias. Un mes después presentó de nuevo palpitaciones junto a sintomatología presincope. Se evidenció de nuevo una taquicardia mediada por el marcapasos en modo VVI con estímulo ventricular a 130 por minuto con 100% de capturas ventriculares. Se administró amiodarona intravenosa consiguiendo controlar la frecuencia ventricular. Posteriormente fue trasladado a un servicio de electrofisiología donde se revirtió la taquicardia por hiperestimulación auricular. En una visita posterior se evidenció una arritmia auricular asintomática con signos de agotamiento de la batería del marcapasos. Se le implantó entonces un nuevo marcapasos, modelo Medtronic AT500, en modo DDDRP con funciones antiataquicardia permaneciendo el paciente asintomático desde entonces.

Discusión. El SKS es una rara enfermedad mitocondrial descrita por primera vez en 1958 con sólo 226 casos publicados en la literatura hasta 1992. Los criterios diagnósticos fundamentales son oftalmoplejia externa progresiva, retinitis pigmentaria e inicio antes de los 20 años. Se requiere además uno o más de los siguientes criterios menores: bloqueo aurículoventricular, ataxia cerebelosa y proteínas en líquido cefalorraquídeo mayores a 100 mgr/dl. El SKS ocurre debido a defectos en el ADN mitocondrial que codifica las enzimas de la cadena respiratoria. Los tejidos más afectados son el sistema de conducción cardíaco y el sistema neuromuscular debido a su gran consumo de energía. La implicación cardíaca ocurre en el 57% de los pacientes debutando como síncope, muerte súbita o miocardiopatía dilatada con insuficiencia cardíaca. El tejido de con-

ducción cardíaco principalmente afectado es el haz de His-Purkinje, valorable mediante estudio electrofisiológico como incremento del intervalo HV. La afectación de la conducción aurículoventricular infranodal marca el pronóstico de la enfermedad habiéndose descrito diferentes grados de BAV, todos con tendencia a progresar hacia BAV completo. Algunos autores han postulan la implantación profiláctica de marcapasos en éstos pacientes con prolongación del intervalo HV y grados incipientes del bloqueo. Nuestro paciente presentó tres episodios de taquicardia mediada por el marcapasos en modo VVI. El registro endocavitario posterior confirmó este mecanismo de reentrada como causa de la taquiarritmia. Hasta la fecha tan solo se habían descrito cuatro casos de taquicardia supraventricular asociadas al SKS. Nuestro caso es el único de la literatura donde de la taquicardia estaba mediada por el propio marcapasos.

Conclusiones. Los pacientes con SKS pueden presentar taquiarritmias mediadas por el marcapasos que pueden resolverse mediante marcapasos especiales con funciones anti-taquicardia.

V-140

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA CALIDAD DE VIDA INICIAL DE LOS PACIENTES QUE SON DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Suriñach, E. Domingo, M. Durán, T. Fernández de Sevilla, J. Alegre, A. Segura, C. Alemán y J. Recio

Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Estudiar de forma prospectiva la calidad de vida inicial de los pacientes que son diagnosticados de cáncer en un Servicio de Medicina Interna. Analizar su relación con la edad, el tipo de neoplasia y el estado funcional del paciente, así como su posible aplicabilidad en la práctica clínica.

Material y métodos. Se han estudiado 411 pacientes mayores de 18 años que se han diagnosticado de cáncer, con confirmación anatomopatológica (histología/citología) en el Hospital Vall d'Hebrón. Las neoplasias han sido 199 (48,4%) respiratorias (R), 125 (30,4%) digestivas (D), 24 (5,8%) genitourinarias (GU), 20 (4,9%) adenocarcinoma origen desconocido (ADK), 20 (2,4%) ginecológicas (G), 25 (6,1%) hígado y vías biliares y 8 (1,9%) miscelánea. En todos los pacientes se ha analizado el Karnofsky Performance Status (KPS), comorbilidad (escala de Charlson). La calidad de vida inicial se ha valorado mediante el cuestionario «short form 36» (SF36) que valora 8 dominios: funcionalidad física (FF), limitaciones debidas a salud física (SF), dolor (D), percepción de salud general (SG), vitalidad (V), funcionamiento social (FS), situación emocional (E), salud mental (SM), con valores promedio de estado de salud física (CF) y mental (CM). El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS 12.0 para Windows y se han comparado las medias mediante la t de student y en caso de más de dos muestras mediante el test anova.

Resultados. Se han estudiado 411 pacientes, 314 (74%) hombres y 97 (26%) mujeres. Edad media: 66,23 (DE 11,3) R32-92. 172 pacientes eran menores de 65 años y 258 eran igual o mayores a 65 años. En el 77,3% el KPS ha sido igual o superior a 70. La comorbilidad ha sido de 0 o 1 en el 99,3% de los casos. Los valores del cuestionario SF 36 han sido: FF 52,08 (DE 31,3), SF 33,39 (DE 44,23), D 49,74 (DE 34,12), SG 49,18 (DE 17,90), V 39,81 (DE 27,92), FS 66,18 (DE 31,84), E 71,28 (DE 43,27), SM 56,46 (DE 25,72), CF 35,96 (DE 11,38) y CM 44,11 (DE 13,86). Por grupos de neoplasias existen diferencias estadísticamente significativas (d.e.s) para FF (p = 0,027), RF (p = 0,000), V (p = 0,000), y CF (p = 0,005). Por grupos de edad se encuentran d.e.s. para FF (p = 0,000) y CF (p = 0,031). Según el KPS del paciente todos los dominios excepto el emocional han presentado d.e.s.

Discusión. La calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo prioritario para los pacientes con cáncer, de manera que el aumento de la supervivencia debe ir acompañado de todos los esfuerzos posibles para preservar la calidad de vida. La valoración mediante el cuestionario general SF 36 muestra como los pacientes con mayor edad y con un peor estado funcional presentan puntuaciones más bajas que los pacientes más jóvenes. Asimismo también se demuestran diferencias entre los distintos tipos de neoplasias. Su medición en la práctica clínica de forma estandarizada podría ser de utilidad para identificar condiciones que de no ser va-

loradas podría pasar desapercibidas y así adoptar decisiones de forma individualizada a las necesidades particulares de cada enfermo.

Conclusiones. 1. Según el estado funcional del paciente, todos los dominios excepto el aspecto emocional muestran d.e.s. 2. Los pacientes mayores presentan una peor funcionalidad física y estado de salud físico que los más jóvenes. 3.- Según el tipo de neoplasias, la funcionalidad física muestra diferencias. 4. La medición de la calidad de vida inicial puede ser de gran utilidad en la práctica clínica diaria para identificar las necesidades del paciente.

V-141 ABSCEOS HEPÁTICOS PIÓGENOS. ANÁLISIS DE 65 CASOS

M. León Mazorra¹, J. Ruiz Hernández¹, A. Conde Martel¹, J. Arencibia Borrego¹, G. Bautista Suárez¹, J. Marchena Gómez², A. Bordes Benítez³ y P. Betancor León¹

¹Medicina Interna, ²Cirugía General y del Aparato Digestivo, ³Microbiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas.

Objetivos. Conocer las características clínicas, microbiológicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes con absceso hepático de origen bacteriano hospitalizados en el área norte de la isla de Gran Canaria.

Material y métodos. Se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes diagnosticados de absceso hepático piógeno en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín/N^a S^a del Pino en el período 1992-2005. Se recogió la edad, sexo, antecedentes, manifestaciones clínicas, analíticas, pruebas de imagen, microbiología, tratamiento, complicaciones y mortalidad. Se analizaron los factores relacionados con la aparición de complicaciones y la mortalidad. Las relaciones entre variables cualitativas se analizaron mediante test de χ^2 . Para comparar medias se utilizó el test *t* de Student.

Resultados. De los 65 pacientes, 41 eran varones y 24 mujeres con una edad media de 64,4 años (DE: 14,4) (27-94 años). Los antecedentes más frecuentes fueron HTA (35,4%), Diabetes (27,7%), enolismo (27,7%), tabaquismo (24,6%) coelitis 16,9%. Las principales manifestaciones clínicas fueron fiebre (86,2%), dolor abdominal (36,9%), vómitos (36,95%), anorexia (26,2%), astenia y pérdida ponderal superior a 5kg (24,6%). El síntoma inicial más frecuente fue el dolor abdominal (53,8%). La alteración analítica más frecuente fue la elevación de fosfatasa alcalina y GGT, en 50 pacientes (76,9%). La elevación de ATL y AST se observó en un 49,2% y 38,5% respectivamente. Mostraron leucocitosis un 66,2% de los casos. La radiografía de tórax fue patológica en un 32,3%. La ecografía demostró lesiones en 64 casos (98,5%) predominando las lesiones únicas (56,9%), estando localizadas con más frecuencia en el lóbulo hepático derecho (53,8%). Se realizó CT de abdomen a un 52,3%. Se consideraron abscesos hepáticos 2^{os} a 32 casos, normalmente relacionados con colestasiopatía. Se obtuvieron hemocultivos positivos en un 32,3% y se aislaron gérmenes en el 69,2% de los cultivos del exudado del absceso. Se aisló uno o más gérmenes en 52 pacientes (80%), destacando *E. coli* (27,7%); *S. viridans* (24,6%), *Klebsiella* spp. (18,5%) y anaerobios (16,9%). Los antibióticos más utilizados fueron metronidazol (55,4%), quinolonas (47,7%), aminoglucósidos (46,2%), y cefalosporinas (35,4%). Se realizó aspiración percutánea en un 20%, drenaje percutáneo continuo en un 58%, cirugía en un 27,7% y CPRE en un 12,3%. Desarrollaron complicaciones un 58,5% de los casos, siendo la más frecuente el derrame pleural derecho (30,8%). El 6,5% de pacientes presentaron shock séptico. La aparición de complicaciones se relacionó con la elevación de bilirrubina ($p = 0,03$), la ausencia de fiebre ($p = 0,008$) y la presencia de hemocultivos positivos ($p = 0,002$). La mortalidad fue de un 30,8% asociándose de forma significativa con el antecedente de cardiopatía isquémica ($p = 0,007$), la elevación de bilirrubina ($p = 0,02$), el desarrollo de neumonía ($p = 0,02$), y con la realización de cirugía ($p = 0,001$).

Discusión. Los abscesos hepáticos predominan en varones de edad avanzada. Es frecuente la patología de vía biliar concomitante o como antecedente. Los síntomas más frecuentes, dolor abdominal y fiebre, coinciden con los referidos por otros autores. La leucocitosis y alteración de enzimas de colestasi es prevalente, menos llamativa la citolisis. La ecografía abdominal mostró una elevada sensibilidad, superior a la descrita en otras series, predominando las lesiones úni-

cas y localizadas en lóbulo derecho. *E. Coli*, continúa siendo el germen más frecuente, aunque *Klebsiella* spp, referida con frecuencia creciente en otras series, fue el 3^{er} germen. La cirugía se asoció a mayor mortalidad, probablemente al tratarse de pacientes más graves, con abscesos secundarios o tras fracaso del tratamiento conservador.

Conclusiones. En nuestro medio predominan los abscesos únicos y localizados en el lóbulo hepático derecho. El germen más frecuente es *E. Coli*. El tratamiento con antibioterapia y drenaje percutáneo es eficaz, no obstante la mortalidad puede ser elevada, relacionándose con el antecedente de cardiopatía isquémica, la elevación de la bilirrubina, el desarrollo de neumonía como complicación y la necesidad de cirugía.

V-143 CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA Y LÍNEAS DE HARRIS

E. González Reimers, A. Pérez Ramírez, M. Rodríguez Gaspar, E. Rodríguez Rodríguez, E. García Valdecasas, E. Martín Ponce, J. Alvisa Negrín y C. Rodríguez López

Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. El alcohol disminuye la síntesis ósea. Se admite que las líneas de Harris obedecen a la detención del crecimiento del hueso, motivado por un desequilibrio entre aporte y demanda de nutrientes. Hace unos 50-60 años, en el mundo rural era frecuente el consumo de vino -en parte para paliar el déficit de nutrientes característico de la postguerra- en edades tempranas. Actualmente el consumo de alcohol antes del cierre epifisario, por motivos distintos de los expuestos, es también común. Analizar si la presencia de líneas de Harris (en tibia derecha) se asocia a consumo de alcohol en la juventud, enfermedad grave y/o haber padecido hambre.

Material y métodos. 145 pacientes ingresados en nuestro servicio a los que se les realizó Rx de tibia derecha. Se recogieron los siguientes datos: consumo de alcohol antes de los 18 años y haber padecido hambre o enfermedad grave durante la infancia.

Resultados. Los pacientes que habían bebido en la juventud presentaban más líneas de Harris ($Z = 4.21$, $p < 0.001$). Existió una asociación significativa entre alcoholismo en la juventud (74 casos en total) y presencia de líneas de Harris ($\chi^2 = 10.47$, $p < 0.01$, OR = 3.03, IC = 1.53-5.97); entre alcoholismo y dos o más líneas de Harris ($\chi^2 = 14.7$, $p < 0.01$, OR = 4.14, IC = 1.96-8.73); y entre alcoholismo y 3 o más líneas de Harris ($\chi^2 = 15.84$, $p < 0.01$, OR = 6.78, IC = 2.42-18.96). El haber padecido hambre (53) se asoció a la presencia de dos o más líneas de Harris ($\chi^2 = 8.13$, $p = 0.004$, OR = 2.78, IC = 1.36-5.66). Mediante análisis multivariante sólo el alcohol, y no el hambre, la enfermedad, el sexo, o la edad, se asoció a la presencia y el número de líneas de Harris.

Conclusiones. El consumo de alcohol durante el período de crecimiento se asocia a la presencia de líneas de Harris.

V-144 ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Camacho Fernández¹, I. Marín Montán¹, A. Millán Rodríguez¹, J. García Mata¹, R. Romero Castro², B. Escolano Fernández¹, R. Fernández Ojeda¹ y J. Rubio Rubio¹

¹Medicina Interna A, ²Aparato Digestivo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Presentar un caso de esofagitis eosinofílica (EE), una enfermedad infradiagnosticada por su presentación similar a la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Material y métodos. Un paciente diagnosticado de EE.

Resultados. Varón de 41 años, agricultor, con antecedentes de epigastralgia y pirosis. Consulta tras presentar un vómito de contenido hemático. La exploración física y analítica general fueron normales. La endoscopia mostró numerosos anillos concéntricos, estriaciones longitudinales y un anillo de Schatzki. Se biopsió, durante una segunda endoscopia, tras tratamiento durante 7 días con omeprazol. La biopsia fue compatible con EE. No presentó eosinofilia periférica y la IgE total fue normal. La serología para *Helicobacter pylori* IgG

fue positiva. Fue dado de alta con Montelukast con buena evolución.

Discusión. La EE es un proceso inflamatorio, más frecuente en niños que en adultos, caracterizado por una infiltración de eosinófilos en la mucosa esofágica. Su etiología se desconoce, se ha propuesto la existencia de una alergia alimentaria o una alteración autoinmune. Cursa con dolor torácico o epigástrico, pirosis, vómitos, impacción de alimentos o disfagia. Puede existir elevación de IgE o eosinofilia periférica. La pH-metría de 24 horas suele ser normal. Los hallazgos endoscópicos son similares a los de la esofagitis por reflujo gastroesofágico. Existe un patrón característico: anillos concéntricos, surcos esofágicos longitudinales, exudados blanquecinos, pérdida del patrón vascular o granulosidad de la mucosa. A veces asocia anillos de Schatzki. Hay mayor riesgo de perforación durante la endoscopia. Se diagnostica mediante biopsia (más de 20 eosinófilos por campo de alta resolución). Responde de forma incompleta al tratamiento con supresores ácidos. Los tratamientos disponibles son corticoides orales o tópicos (inhales en cavidad oral y posteriormente deglutidos), dietas hipoalergénicas, cromoglicato de sodio, y montelukast.

Conclusiones. La EE es una patología que existe en nuestro medio, causando dolor torácico, pirosis y disfagia. Su forma de presentación hace que se confunda con frecuencia con una esofagitis por reflujo gastroesofágico. El conocimiento de esta entidad permitirá sospecharla en este contexto clínico, en pacientes con ausencia total o parcial de respuesta a los supresores ácidos, pH-metría normal, o ante la presencia de patrones endoscópicos característicos. Deberá realizarse una biopsia esofágica y un recuento específico de los eosinófilos en la mucosa esofágica. Su diagnóstico permitirá nuevas estrategias terapéuticas que ya han demostrado su eficacia clínica.

**V-145
PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

A. Muñoz Morente, A. Villalobos Sánchez, N. Macías Vega, M. Barón Ramos, N. Muñoz Roca, C. Díaz Cobos, E. De Ramón Garrido y T. Camps García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) en pacientes con esclerosis Múltiple (EM) y determinar si hay diferencias entre los pacientes aPL positivos y aPL negativos.

Material y métodos. Se incluyen 100 pacientes diagnosticados de EM (Criterios de Poser) y seguidos prospectivamente por el servicio de Neurología y Medicina Interna. Las variables estudiadas fueron la edad, sexo, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, radiológicas y el índice de progresión de la enfermedad. A todos los pacientes se les realizó anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico y anticuerpos antinucleares.

Resultados. La prevalencia de aPL en nuestros pacientes con EM fue del 8%. Los pacientes aPL positivos a diferencia de los aPL negativos, comenzaron más tarde la enfermedad [36 ± 32,5 vs 28 ± 22 (P = 0,010)], presentaron con mayor frecuencia ausencia de bandas oligoclonales en el LCR (P < 0,0001), la enfermedad progresó más lentamente (P = 0,032) y con mayor frecuencia fueron diagnosticados al comienzo de la enfermedad de EM probable (P < 0,0001). No hubo diferencias en las manifestaciones clínicas ni radiológicas entre ambos grupos. Tres de los ocho pacientes diagnosticados al comienzo de sus síntomas neurológicos de EM fueron diagnosticados posteriormente de Síndrome Antifosfolípido.

Discusión. La prevalencia de aPL en la EM varía desde un 5% a 29% según las series. Algunos autores encuentran en este subgrupo de pacientes diferencias en el curso clínico de la enfermedad, siendo más frecuente la neuropatía óptica isquémica y la mielopatía transversa. Sin embargo para otros los pacientes con EM y aPL positivos tienen un curso similar a los aPL negativos. Nosotros no hemos encontrado diferencias clínicas entre ambos grupos.

Conclusiones. La prevalencia de aPL en nuestra población está dentro de lo descrito y quizás su realización esté indicada en los pacientes diagnosticados de EM probable y que presenten bandas oligoclonales negativas.

**V-146
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES ORIGINARIOS DEL SUDESTE ASIÁTICO**

R. Güerri¹, N. Casanovas², L. Recasens², C. García², R. Serrat², E. Sole¹, M. Montero¹ y J. Bruguera²

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.

Objetivos. Analizar las características y forma de presentación del IAM en pacientes menores de 50 años en función del grupo étnico al que pertenecen.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo sobre 62 pacientes menores de 50 años diagnosticados de IAM, con y sin elevación del ST, atendidos en la UCC del Hospital de Mar en Barcelona durante los años 2002 a 2004. Se han comparado las características clínicas y epidemiológicas de los originarios del sudeste asiático (India, Pakistán y Afganistán) respecto a la población mayoritaria de caucásicos. Se eligió para comparación este grupo de pacientes por ser el grupo inmigrante más abundante en nuestra población de referencia (dividido en tres grupos étnicos: 80,6% caucásicos y el 14,6% del sudeste asiático y 4,8% del resto).

Resultados. De un total de 432 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de IAM, se seleccionaron los 62 pacientes menores de 50 años. La media de edad ha sido de 44 ± 5,067 y el 85% son hombres. En la tabla 1 se detallan la prevalencia de los factores de riesgo clásicos, sin observar diferencias significativas entre ellos. Tampoco hay diferencias en la prevalencia de tabaquismo (82% caucásicos vs 77% asiáticos) ni en los hallazgos coronariográficos (de las arterias coronarias por separado) ni en la fracción de eyección post IAM. Sin embargo, los pacientes asiáticos presentan una incidencia de enfermedad significativa de las tres arterias coronarias (que demuestra enfermedad aterosclerosa avanzada) claramente superior al del grupo de pacientes caucásicos (75% vs 23%). Estas diferencias se demuestran estadísticamente significativas (p < 0.05). Y aunque las diferencias no son estadísticamente significativas se observa una tendencia a presentar menores índices de hipertensión (12.5% vs 36%) y cifras de colesterol total en los asiáticos (175+/-72 vs 235+/-164) que en los caucásicos, lo que conferiría un teórico perfil de riesgo cardiovascular inferior (que no se cumple) a estos pacientes.

Discusión. La enfermedad coronaria en personas menores de 50 años es poco frecuente y muy asociada al tabaquismo (82% en este estudio). Los fenómenos migratorios están suponiendo un cambio en la presentación, aumentando la incidencia en personas más jóvenes. No se han observado diferencias significativas en los factores de riesgo pero llama la atención la mayor incidencia de enfermedad multivasa entre pacientes provenientes del sudeste asiático. Este hecho asociado a la barrera idiomática al ser atendidos hace difícil el diagnóstico en el momento inicial. Por tanto, pertenecer a este grupo podría ser un factor de riesgo más para la enfermedad coronaria.

Conclusiones. 1) Los pacientes originarios del sudeste asiático menores de 50 años que ingresan por IAM presentan de forma significativa mayor prevalencia de enfermedad coronaria de 3 vasos, pese a presentar un perfil de riesgo cardiovascular menor (menos HTA y niveles más bajos de colesterol). 2) Merecen especial atención los pacientes de esta etnia que consultan en los servicios de urgencias por dolor torácico, y quizá debiera ser considerado un factor de riesgo más. 3) En todos los grupos el factor de riesgo de enfermedad cardiovascular más prevalente es el tabaquismo, presente en el 82% de los pacientes. Así el tabaquismo continúa siendo el principal factor de riesgo modificable.

Tabla 1.

| | Caucásicos | Sudeste Asiático | |
|-------------------|------------|------------------|----|
| HTA | 36% | 28% | NS |
| DM | 10% | 0% | NS |
| Antec. familiares | 21% | 37,5% | NS |

147

EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS CON EL CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS
M. Fernández Cotarelo¹, J. Guerra Vales¹, C. González Paz², F. Colina Ruizdelgado³, J. de la Cruz⁴ y Registro de Tumores del Hospital 12 de Octubre

¹Medicina Interna, ²Oncología Médica, ³Anatomía Patológica, ⁴Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos. Describir las características clínicas e histopatológicas de los casos de cáncer de origen desconocido diagnosticados a lo largo de cinco años en un Hospital Universitario.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes codificados por el Registro de Tumores con el diagnóstico de «Cáncer de origen desconocido» entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2003.

Resultados. El 2.8% de todos los tumores diagnosticados en el Hospital 12 de Octubre en estos cinco años correspondieron a cáncer de origen desconocido. El estudio incluye 312 pacientes, de los que el 65% eran varones. La media de edad al diagnóstico fue de 67 años. Se obtuvo confirmación histológica de la neoplasia en el 86.2% de los pacientes, y en el resto el diagnóstico se hizo en base a criterios clínicos y pruebas de imagen. Estos pacientes sin estudio histológico tenían una edad media mayor que el resto (75.8 años). El síndrome constitucional estaba presente en la mitad de los pacientes. Las formas de presentación más frecuentes fueron como lesiones ocupantes de espacio hepáticas (71 casos), diseminación en múltiples órganos al diagnóstico (39), derrame pleural maligno (33), carcinomatosis peritoneal (29), adenopatías cervicales (23), metástasis en SNC (14) y metástasis óseas (13). En cuatro casos el paciente se encontraba asintomático y la neoplasia fue un hallazgo. El diagnóstico histológico se hizo mediante citología en el 54.3% de los casos, biopsia en el 25.6% y estudio de pieza quirúrgica en el 20%, y casi la mitad de los pacientes tienen estudio con inmunohistoquímica. Las muestras en las que se realizó el diagnóstico con mayor frecuencia fueron el hígado en 79 pacientes y adenopatías en 54 pacientes, seguido de la pleura en 35 casos, líquido ascítico o tejido peritoneal en 30 casos, partes blandas en 18 pacientes, hueso en 15 pacientes y bronquio o pulmón en 13 pacientes. El diagnóstico histológico más frecuente fue el de carcinoma «sine alter inscription» (38%) seguido del de adenocarcinoma (37%), carcinoma epidermoide (12%), neoplasia indiferenciada (6%), tumor neuroendocrino (4%) y otros diagnósticos (3%).

Conclusiones. El cáncer de origen desconocido representa un porcentaje no despreciable de los tumores codificados por el Registro de Tumores de un Hospital Universitario. Predomina en varones en la séptima década de vida. La mayoría de los pacientes tienen confirmación histológica de la neoplasia. La presentación clínica es muy variada. Los órganos más afectados por las metástasis son el hígado y los ganglios. Los diagnósticos histológicos más frecuentes fueron carcinoma «sine alter inscription» y adenocarcinoma.

V-148

EL CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: ANÁLISIS POR SUBGRUPOS HISTOLÓGICOS

M. Fernández Cotarelo¹, C. González Paz², J. Guerra Vales¹, F. Colina Ruizdelgado³, J. de la Cruz⁴ y Registro de Tumores del Hospital 12 de Octubre

¹Medicina Interna, ²Oncología Médica, ³Anatomía Patológica, ⁴Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos. Analizar los distintos subgrupos histológicos con cáncer de origen desconocido diagnosticados a lo largo de cinco años en un Hospital Universitario.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes codificados por el Registro de Tumores con el diagnóstico de «Cáncer de origen desconocido» entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2003.

Resultados. De los 312 pacientes con cáncer de origen desconocido estudiados, pocos pueden incluirse en grupos con distinto mane-

jo diagnóstico-terapéutico y mejor expectativa de supervivencia. Los pacientes con carcinoma «sine alter inscription» o con carcinoma pobremente diferenciado (38.7% de los casos) se caracterizaron por una frecuente afectación hepática y diseminación metastásica al diagnóstico en múltiples órganos. Dos tercios no se consideraron subsidiarios de ningún tratamiento oncológico activo y la tasa de supervivencia al año fue del 10.6%. Entre los pacientes con adenocarcinoma (36.8%) destaca el grupo de 14 mujeres con carcinomatosis peritoneal; el 65% recibieron tratamiento y la tasa de supervivencia al año fue del 21.4% con mejores resultados entre las que recibieron tratamiento combinado de cirugía y quimioterapia. En el grupo de carcinoma epidermoide (11.9%) destacan los 16 pacientes con metástasis en adenopatías cervicales altas y medias. Son mayoritariamente varones fumadores alrededor de los 60 años. Tras un estudio negativo para identificar el tumor primario, recibieron tratamiento combinado con cirugía y radioterapia, y el 80% viven más de un año tras el diagnóstico. Entre los pacientes con neoplasias pobremente diferenciadas (6.3%), fue frecuente la diseminación metastásica amplia al diagnóstico. Se administraron fundamentalmente tratamientos paliativos y la tasa de supervivencia al año es de sólo el 5.9%. Entre los tumores neuroendocrinos (3.7%) el más frecuente fue el carcinoma de células pequeñas. La afectación ganglionar y hepática fueron las predominantes. Un tercio recibieron tratamiento quimioterápico, y la tasa de supervivencia al año fue del 30%.

Conclusiones. El cáncer de origen desconocido es una entidad muy heterogénea. Guiado por el diagnóstico histológico, se definen subgrupos de pacientes con tumores potencialmente tratables a pesar de no identificar el tumor primario. Con un manejo adecuado pueden mejorarse las bajas tasas de supervivencia que caracterizan a estas neoplasias.

V-149

AMIODARONA Y FIBROSIS PULMONAR. REVISIÓN 1995-2004

D. Morchón Simón¹, L. Abad Manteca², V. Centeno Peláez¹, G. Vega Tejedor¹, M. Pineda Alonso¹, A. Vidales Miguélez¹, S. Yagüe Vallejo¹ y J. Pérez Castrillón¹

¹Medicina Interna. H. Río Hortega, Valladolid. ²Medicina Interna. H. Comarcal de Medina del Campo, Valladolid.

Objetivos. La amiodarona es fármaco ampliamente utilizado como antiarrítmico, a pesar de presentar toxicidad pulmonar descrita ya en 1980. Para evaluar la importancia de dicha toxicidad y determinar las características de los pacientes afectados hemos revisado todos los casos, entre enero de 1995 y diciembre de 2004, con diagnóstico al alta de «Fibrosis pulmonar en relación con Amiodarona».

Material y métodos. La búsqueda de los pacientes se ha realizado a través de la Unidad de Codificación, entre las altas dadas por los Servicios de: Medicina Interna, Cardiología y Neumología, y utilizando las claves: «Amiodarona», «fibrosis pulmonar» y «enfermedad pulmonar intersticial». Así se han encontrado 7 casos, de los cuales 1 ha fallecido en el momento del cierre de la revisión, y con ellos se ha realizado un estudio descriptivo de la enfermedad en nuestros pacientes a través de la recogida de las siguientes variables: edad, sexo, indicación del tratamiento, dosificación, tiempo de tratamiento, fecha de diagnóstico, clínica, radiología y gasometría al diagnóstico, OCD y tratamiento alternativo a la amiodarona.

Resultados. Nuestros pacientes tenían entre 43 y 87 años en el momento del diagnóstico, y eran en su mayoría varones (4:3). El tratamiento con Amiodarona se indicó en 5 de los casos por fibrilación auricular, a dosis entre 200 y 400 mg/día, siendo el tiempo de tratamiento necesario hasta el desarrollo de la fibrosis pulmonar muy variable (entre 1 y 11 años desde el inicio del tratamiento). La repercusión sobre la función pulmonar es igualmente variable, apreciándose que únicamente 4 precisaban oxigenoterapia domiciliar a fecha 31 de Diciembre de 2004. En cuanto a la clínica que motivó el diagnóstico: en todos los casos el motivo de consulta principal fue «disnea», encontrándose en al menos 5 de los casos crepitantes finos en la auscultación pulmonar y acropaquias en la exploración. La gasometría al diagnóstico demostró hipoxemia en los 7 pacientes, aunque en tan solo 2 alcanzaba niveles de insuficiencia respiratoria. Del mismo modo, en todos los casos el estudio radiológico inicial demostró patrón intersticial de mayor o menor extensión.

Conclusiones. La Amiodarona es un fármaco cuyo uso esta ampliamente extendido, a pesar de ello llama la atención el pequeño número de casos de toxicidad pulmonar encontrados en el período de tiempo revisado; esto probablemente este en relación con el adecuado conocimiento de los efectos adversos, descritos desde hace décadas, y supone un notable descenso respecto al 5% de incidencia que se estimaba cuando se empezó a estudiar esta toxicidad. Dado que el tiempo de tratamiento hasta desarrollar la enfermedad es muy variable, es aconsejable realizar un control periódico de la función pulmonar, y retirar el tratamiento en caso de observarse un deterioro de la misma. Asimismo se recomienda evitar su uso en pacientes con deterioro ya conocido y utilizar las dosis más bajas posibles.

V-150 TIFUS MURINO EN TENERIFE. ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE 50 CASOS

M. Miguélez, M. Velez, M. Bethencourt, E. Rubio, A. García Pardo, M. Linares, M. Hayek y M. Dávila

Medicina Interna. H.U.N.S. de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. El objetivo del estudio fue definir las características clínicas y epidemiológicas del tifus murino en la isla de Tenerife, Canarias.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los casos de Tifus murino ingresados en un Hospital de referencia en Tenerife. La población de referencia incluyó pacientes que ingresaban en un Servicio de Medicina Interna del Hospital de N S de La Candelaria entre 1998 y 2004, con síndrome febril de más de 7 días de duración preferentemente con alteración de la bioquímica hepática. El estudio serológico se efectuó mediante inmunofluorescencia indirecta (bioMérieux, Francia) para R Typhi. El diagnóstico de tifus murino se estableció por la presencia de un cuadro clínico compatible y la confirmación serológica definida por la presencia de anticuerpos IgM a título superior a 1/40 o IgG > de 160 o cuadruplicación de títulos en más de dos determinaciones consecutivas. En caso de serología cruzada con R conorii, ésta debería presentar un título inferior al de R typhi. En el protocolo diseñado se recogieron los datos clínicos y epidemiológicos.

Resultados. Se diagnosticó a 50 pacientes. La exposición a picaduras de pulga o ratas fue infrecuente. No observamos una clara prevalencia estacional. La fiebre y la cefalea fueron los síntomas más frecuentes. El 30% de los pacientes presentó erupción cutánea. Los hallazgos de laboratorio más relevantes fueron la alteración enzimática hepática (90%) y la trombocitopenia (40%). El 20% de los casos presentó alguna complicación. Se administró tratamiento antibiótico al 90% de los pacientes. La evolución fue hacia la curación en todos los casos.

Conclusiones. Se confirma que el tifus murino es una rickettsiosis emergente en Tenerife y debe considerarse en el diagnóstico diferencial con otras causas prevalentes de fiebre de duración intermedia en nuestra región como la fiebre Q.

V-151 SÍNDROME REGIONAL DOLOROSO COMPLEJO: UN NUEVO NOMBRE PARA UN ANTIGUO SÍNDROME

J. Canora Lebrato¹, M. Núñez Orantos¹, B. Frutos Pérez¹, S. Allodi de la Hoz² y A. Zapatero Gaviria¹

¹Medicina Interna, ²Radiodiagnóstico. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Objetivos. Revisar la clasificación actual, características clínicas, técnicas diagnósticas y tratamiento del síndrome regional doloroso complejo (SRDC) tipo I o distrofia simpática refleja.

Material y métodos. Mujer de 32 años sin antecedentes que comienza con dolor y aumento de T³ en pie izquierdo sin traumatismo previo reconocido. En la exploración dolor, frialdad distal, disminución funcional y aparición de edema en pie con fovea, sin signos de sinovitis. Fue valorada por Traumatología y Vascular sin encontrar patología. Al neurocirujano le sugiere radiculopatía L5-S1 realizán-

dose TAC lumbar que es normal. 4 días después progresión del edema hasta rodilla, hiperalgesia plantar y en tarso; se sospecha artritis de tobillo y se inicia tratamiento con diclofenaco. Ante la persistencia de la sintomatología y el deterioro progresivo de la funcionalidad se añaden, a los 15 días del inicio del proceso, 30 mg prednisona. El hemograma, bioquímica, marcadores inflamatorios, C3 y C4, ANA, FR, serologías víricas, fueron normales. La RX ósea fue normal, así como la RM lumbar y el EMG. No respondió a prednisona. Se inicia tratamiento rehabilitador para intentar recuperación funcional. En el primer mes de evolución, la paciente tenía menos dolor, había desaparecido el edema, sin embargo, desarrolla hipoatrofia gemelar y cambios tróficos cutáneos, así como limitación del arco funcional. Se efectuó gammagrafía en tres fases con Tc-difosfonato que no es diagnóstica. La RM del tobillo demostró múltiples focos inespecíficos de edema óseo en huesos del tarso, hallazgos inespecíficos que sugieren algodistrofia como primera posibilidad. Se inició tratamiento con 40 mg diarios de alendronato, amitriptilina 50 mg, y suplementos de calcio y de vitamina D. Se reintrodujo prednisona 60 mg en dosis decrecientes. En los 2 meses posteriores (4 meses de evolución), la paciente no tiene dolor y es capaz de caminar sin ayuda. En este momento se encuentra en fase residual, con persistencia de amioatrofia severa y pie en equino-varo.

Discusión. SRDC consiste en la activación anormal del sistema simpático después de un traumatismo (35% no reconocido), produciendo sustancias que activan nociceptores que perpetúan el dolor y producen trastornos vasomotores permanentes. Conocida desde el siglo XIX ha recibido numerosas denominaciones (causalgia, algodistrofia de Sudeck) hasta que en 1994 la International Association for Study of Pain la define como SRDC y distingue el tipo I, cuando no se demuestra lesión del nervio en el EMG y el tipo II o causalgia. El tipo I o distrofia simpática refleja consta de una primera fase (dolor, rigidez, edema, trastornos de sudoración, hiperalgesia, alodinia térmica, eritema), segunda fase (más dolor, más alodinia térmica, palidez, cianosis, restricción arcos de movimiento) y tercera fase (atrofia muscular por desuso y contracturas musculares). El diagnóstico es difícil porque no es una enfermedad frecuente y se manifiesta como un trastorno vascular o articular. El diagnóstico requiere un factor traumático desencadenante, alodinia, hiperalgesia o dolor continuo, desproporcionado, no limitado a un único territorio, existencia actual o previa de edema, anomalías flujo sanguíneo cutáneo, actividad pseudomotora anormal y exclusión de otros procesos. La radiología simple muestra osteopenia radiológica; aumento de captación en la gammagrafía en tres fases con tecnecio-difosfonato; y la RM hiperemia transitoria y edema medular con aumento en T2 y disminución en T1. Otras técnicas diagnósticas son la respuesta de sudoración cuantitativa, velocidad de relleno capilar, termografía, EMG. El tratamiento dependerá de la fase, si bien se basa en el alivio del dolor y la recuperación funcional con fisioterapia. Se recomiendan antidepresivos tricíclicos, gabapentina, calcitonina, bifosfonatos, corticoides, AINEs, y en casos necesarios ciclos de anestésicos locales IV, bloqueos anestésicos nerviosos locales o simpatectomía.

Conclusiones. El SRDC tipo I es un proceso de difícil diagnóstico sobre todo en pacientes jóvenes sin antecedente traumático. Requiere una intervención multidisciplinar, incluido el apoyo psicológico. En MMII puede dejar secuelas permanentes en 20-40% de los pacientes. En los que responden inicialmente, hay una alta tasa de recidiva.

V-152 FISTULA ARTERIO-PORTAL TRAS BIOPSIA HEPÁTICA

E. Fernández Pérez¹, C. Teijo Núñez¹, V. Linde Menéndez², J. Llor Baños¹, A. Domínguez Carabajo³, S. Pérez Andrada¹, R. Rueda Castañón⁴ y M. Muñoz Rodríguez¹

¹Medicina Interna, ²Urgencias, ³Digestivo, ⁴Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. La fistula arterio-portal es poco frecuente, siendo las causas más habituales: congénitas, traumáticas, tumorales y actualmente se están incrementando los casos debidos a los procedimientos invasivos percutáneos transhepáticos y al trasplante hepático. Presentamos el caso de un paciente con fistula arterio-portal con el único antecedente de una biopsia hepática previa para el diagnóstico de Hemocromatosis.

Material y métodos. Varón de 43 años diagnosticado de Hemocromatosis en el año 2003, con estudio genético positivo y biopsia hepática compatible con cirrosis pigmentaria (micronódulos regenerativos separados por tractos fibrosos), presentó como complicación dolor abdominal secundario a pequeño sangrado tras la biopsia que se resolvió espontáneamente. El paciente realiza sangrías periódicas y acude a revisiones programadas, encontrándose asintomático sin desarrollar clínica sugestiva de hipertensión portal, manteniendo plaquetas, coagulación y pruebas de la función hepática dentro de la normalidad. Se realizan controles ecográficos y en el último, dos años después del diagnóstico, se detecta una fistula arterio-portal que se confirma en la RM hepática, descartando la presencia de una lesión tumoral. Se procede a la embolización de dicha fistula con resultado exitoso.

Discusión. La literatura recoge que la mayor parte de los diagnósticos de fistulas arterio-portales se realizan cuando el paciente ha presentado clínica de hipertensión portal con sangrado a través de varices esofágicas, siendo poco frecuente la presencia de ascitis. Cuando estas fistulas son asintomáticas e intrahepáticas, como en el caso, el tratamiento de elección es la embolización.

Conclusiones. Ante la sospecha clínica de una hipertensión portal sin causa aparente y con el antecedente de procedimientos invasivos transhepáticos previos, debe descartarse la existencia de una fistula arterio-portal y la realización de una ecografía doppler hepática puede confirmarla.

V-153

RESIN CALCIO Y ÚLCERAS GASTROINTESTINALES

F. López García¹, E. González Escoda¹, J. Ruiz Macía², J. Gregori Colomé¹, V. Navarro López¹, J. García García¹, R. Hernández Ros¹ y J. Cepeda Rodrigo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Objetivos. En los pacientes con insuficiencia renal pueden aparecer complicaciones gastrointestinales como sangrado digestivo, úlcera péptica, telangiectasias gástricas, infección por citomegalovirus o colitis isquémica. En este sentido, aunque bien conocida, es poco mencionada en la literatura médica la posibilidad que los pacientes con insuficiencia renal desarrollen úlceras en distintas zonas del tubo digestivo debido al depósito de cristales de sulfato de poliestireno sódico o cálcico (Resin Sodio, Resin Calcio) en la mucosa digestiva. Comunicamos dos pacientes con insuficiencia renal tratados con Resin Calcio en los que se objetivaron úlceras en colon y en recto y sus típicos cristales en la mucosa colónica.

Material y métodos. Caso 1. Mujer de 83 años con los antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y coleditiasis. Recibió tratamiento con 20 mg de lisinopril. Ingresó por edema en miembro inferior derecho (MID), hematuria, astenia y pérdida de peso. Analítica: Hb 9,2 g/dl, creatinina 2,8 mg/dl, potasio 6,5. Ecografía doppler de MID: trombosis venosa profunda (TVP) en femoral común. En urgencias se suspendió el lisinopril, se inició enoxaparina a dosis anticoagulante y se pautó enemas de Resin Calcio. La enferma ingresó en Medicina Interna con el diagnóstico de TVP e insuficiencia renal. Durante el estudio de una neoplasia asociada a la TVP se solicitó una colonoscopia que mostró múltiples ulceraciones colónicas sobre todo en ciego y en recto; el estudio anatomopatológico reveló úlceras superficiales con daño osmótico-isquémico y la presencia de abundantes cristales de sulfato de poliestireno. Un TC abdominal y pélvico evidenció una vejiga de paredes engrosadas, múltiples adenopatías pélvicas, infiltración mesentérica y una ureterohidronefrosis bilateral. El estudio posterior por Urología (cistoscopia, toma de biopsias) fue diagnóstico de un adenocarcinoma infiltrante vesical. La paciente falleció a los dos meses del ingreso. Caso 2. Mujer de 84 años con los antecedentes conocidos de HTA, hiperlipemia mixta, enfermedad severa de tres vasos coronarios no revascularizable e insuficiencia renal crónica por nefroangioesclerosis. Recibió tratamiento con Resin Calcio, aspirina, atenolol, nitratos, pravastatina, enalapril e hidroclorotiazida. Ingresó por dolor anal que aumentaba con la defecación y rectorragia no muy cuantiosa. La exploración física fue normal y en la analítica destacó: Hb 9,8 g/dl, Hto 31%, urea 63, creatinina 2,9, sodio 134 mg/dl, potasio 5,8 mg/dl. Radiografía de tórax y abdomen normales. En urgencias se suspendie-

ron el enalapril y la tiazida y se pautó fluidoterapia y enemas con Resin Calcio con lo que mejoró la función renal. Una colonoscopia mostró una úlcera rectal superficial de 12-15 milímetros con fondo fibrinoso y bordes nítidos cuyo estudio anatomopatológico reveló una úlcera con depósito inflamatorio y abundantes cristales de sulfato de poliestireno. Se suspendió el tratamiento con Resin Calcio y la paciente evolucionó favorablemente con lenta cicatrización de la úlcera rectal.

Discusión. Las resinas de intercambio iónico o de sulfato de poliestireno (Resin sodio, Resin Calcio) se utilizan a menudo en la práctica clínica para tratar la hiperpotasemia de los pacientes con insuficiencia renal. Sin embargo, estos fármacos pueden depositarse en forma de cristales en la mucosa de distintas zonas del aparato gastrointestinal y producir úlceras, necrosis y/o perforaciones. La localización más frecuente es el colon y, aunque no se conoce el mecanismo patogénico, parece deberse a que la uremia aumenta la sensibilidad de la mucosa a la acción de estos fármacos y por el daño osmótico que ejerce la resina sobre la mucosa digestiva. La presentación clínica es muy variada, describiéndose casos de esofagitis, duodenitis, úlceras (gástricas, duodenales, colónicas), hemorragia digestiva alta y baja y hasta abdomen agudo con perforación colónica que han producido el fallecimiento del paciente. El diagnóstico es histológico al mostrar pequeños cristales angulados, eosinofílicos, embebidos en úlceras mucosas. Es necesario incluir en el diagnóstico diferencial de las úlceras gastrointestinales de los pacientes urémicos a las producidas por las resinas de intercambio iónico por la importante repercusión clínica que puede derivar.

V-154

MIXOMA CARDÍACO. ESTUDIO DE 15 PACIENTES

C. García Zubiri¹, M. Yebra Bango¹, C. Salas Antón², J. Vargas Núñez¹, C. García Fadul¹, V. Matallana Royo¹, E. Monguío Santín³ y S. Serrano Fiz García³

¹Medicina Interna, ²Anatomía Patológica, ³Cirugía Cardiovascular. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. El mixoma cardíaco constituye la neoplasia benigna intracardiaca más frecuente. Son tumores que por su rareza y formas de presentación representan un desafío para el clínico. El objetivo de este estudio es revisar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de mixoma cardíaco en la Clínica Puerta de Hierro en los últimos 22 años.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda en el Servicio de Documentación de nuestro centro. El resultado fue un estudio observacional retrospectivo de una serie de 15 pacientes diagnosticados de mixoma cardíaco en el período de 1983 al 2005 analizando: edad, sexo, la presentación clínica, los hallazgos de las pruebas complementarias, la localización y características del tumor y los resultados quirúrgicos. En el mismo período se identificaron 5 sarcomas cardíacos.

Resultados. El estudio incluyó a 8 mujeres (53,4%) con una media de edad de 70,7 años y 7 hombres (46,6%) con una media de edad de 56,6 años. Los síntomas de presentación más comunes fueron los referidos a la clínica cardíaca que se observó en 10 pacientes (66,6%) de los cuales los más frecuentes fueron la aparición de palpitaciones en tres cuartas partes de ellos y de disnea en algo más de la mitad. Episodios embólicos se observaron en 4 pacientes (26,6%) todos localizados a nivel del sistema nervioso central (3 accidentes isquémicos transitorios y 1 accidente cerebrovascular agudo isquémico con hemiparesia residual). Síntomas generales se objetivaron en 4 pacientes (26,6%), todos con clínica cardíaca concomitante, siendo el dato más frecuente la astenia (en todos) seguido de febrícula y pérdida de peso (en la mitad). Ninguno presentó manifestaciones reumatológicas. Se objetivó soplo diastólico mitral en 6 pacientes (40%) y datos de insuficiencia cardíaca en 3 (20%). La alteración analítica más frecuente fue la hematológica en 8 pacientes (53,3%) con anemia en tres cuartos de ellos y leucocitosis en la mitad. Las pruebas de imagen fueron patológicas en 8 pacientes (53,3%), de los cuales tres cuartos presentaron cardiomegalia y la mitad signos de IC. Se registraron anomalías ECG en 6 pacientes (40%) predominando los datos de crecimiento auricular izquierdo (en dos tercios) y alteración de la repolarización (en la mitad). El diagnóstico de sospecha se realizó mediante ECOcardiograma, y la

localización más habitual fue la aurícula izquierda en 14 pacientes (93,3%) y sólo en un paciente el ventrículo derecho (6,6%). El tamaño tumoral osciló entre los 2 y 7 cm, con implantación septal en 12 pacientes (80%). Las complicaciones postquirúrgicas más repetidas fueron las arritmias en 5 pacientes (33,3%) todas revertidas y las embolias cerebrales en 2 pacientes (13,3%) con hemiparesias transitorias. En el seguimiento no se objetivaron recidivas durante un período que abarcó entre un mes y nueve años.

Discusión. Las formas de presentación clínica fueron semejantes a las de otros estudios en donde se recogen síntomas cardiológicos en el 54-95% de los pacientes, embolias en el 10-45%, y síntomas sistémicos en el 20%. Los hallazgos radiológicos y ECG fueron similares a los descritos en la literatura, pero no objetivamos ningún caso de mixoma calcificado (9% de los pacientes). El tratamiento quirúrgico es curativo y la evolución buena aunque están descritas recidivas en relación a una extirpación incompleta.

Conclusiones. El mixoma es la neoplasia cardíaca primaria más frecuente. Aparece con más frecuencia en mujeres durante la edad media de la vida. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las cardiológicas seguidas de las embolias neurológicas y de las manifestaciones sistémicas. El ECOcardiograma es un procedimiento diagnóstico imprescindible. El tratamiento quirúrgico suele ser curativo.

V-155

MICROANEURISMAS HEPÁTICOS EN VASCULITIS SISTÉMICA ASOCIADA A VHC

R. Coto, H. Suárez, E. García Alcalde, I. Cabezas, C. Palomo, L. Trapiella y L. Caminal

Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. La Panarteritis Nodosa (PAN) es una vasculitis sistémica en la que la demostración de microaneurismas (MA) en arterias de pequeño y mediano calibre, en un contexto clínico adecuado, es suficiente para establecer su diagnóstico, aunque no son patognomónicos. De forma excepcional se han descrito otras vasculitis con MA. Presentamos un nuevo caso de vasculitis sistémica asociada a infección por el virus de la hepatitis C (VHC) y MA.

Material y métodos. Mujer de 31 años con hepatopatía crónica por VHC y crioglobulinemia mixta tipo II, sin respuesta al tratamiento con interferón y ribavirina, que consultó ante dolor abdominal. Había sido diagnosticada de vasculitis sistémica un año antes, tras presentar afectación del sistema nervioso central (hemiparesia izquierda), hipertensión arterial, insuficiencia renal y dolor abdominal. Los ANCA fueron negativos y tenía elevación de reactantes de fase aguda y consumo de complemento. En una resonancia magnética craneal se demostraron lesiones sugestivas de vasculitis de pequeño vaso y se trató con esteroides, con mejoría. Al disminuir la dosis de corticosteroides desarrolló vómitos, diarrea y dolor abdominal por lo que ingresó en nuestro hospital. La exploración física fue anodina, destacando únicamente tensiones arteriales elevadas de forma sostenida. El hemograma reveló una leve anemia normocítica y la bioquímica fue normal salvo un ligera alteación de las pruebas de función hepática. El análisis de orina reveló una proteinuria de 0,28 g/24 h así como microhematuria que se catalogó de mixta por la morfología de los hematíes. En el estudio inmunológico el criocrito fue del 35%, los factores C3 y C4 del complemento se demostraron bajos y los ANAS, ANCA y Anticuerpos Anticardiolipina fueron negativos. En una arteriografía se observaron múltiples microaneurismas intrahepáticos de 2-3 mm de diámetro sin observarse en otros órganos. Con el diagnóstico de Vasculitis sistémica tipo PAN clásica asociada al virus de la Hepatitis C se inició tratamiento con esteroides y ciclofosfamida, con mejoría de la clínica digestiva.

Discusión. El diagnóstico de las vasculitis sistémicas ANCA negativas es muchas veces complejo, y en ocasiones no se puede realizar un diagnóstico histológico. Los MA pueden ser claves en la sospecha diagnóstica, aunque se pueden ver en otras situaciones: LES, endocarditis y otras vasculitis. Recientemente se han publicado los primeros casos de MA renales asociados a vasculitis por VHC, si bien nuestra paciente presentaba MA hepáticos no descritos previamente.

Conclusiones. Las PAN asociadas a virus hepatotropos tienen un especial interés ante la posibilidad de curación de la vasculitis con la erradicación de la infección viral, y el riesgo de favorecer la infección viral con el tratamiento inmunosupresor.

V-156

ESCORBUTO EN EL SIGLO XXI

D. León Durán, C. Cienfuegos Basanta, C. Gutiérrez del Río, P. García Muñoz, D. Galiana Martín, B. Rodríguez Díaz e I. Arias Miranda

Medicina Interna. Cabueñes. Gijón, Asturias.

Objetivos. El escorbuto es una enfermedad carencial producida por el déficit de vitamina C. Actualmente el escorbuto es frecuente en los países del tercer mundo, limitándose en nuestro entorno a pacientes psiquiátricos, con problemática social o a pacientes neoplásicos. Presentamos dos casos que reflejan las características de la enfermedad en nuestro medio, así como su rareza. Por ello nos planteamos cual era la situación en nuestro hospital.

Material y métodos. Se presentan los dos casos registrados en el servicio de codificación de nuestro centro desde 1991 a 2005, en ingresados en Medicina Interna. Caso Clínico 1: Mujer de 54 años que acude por hematomas, dolor, prurito y edemas en miembros inferiores. Entre sus antecedentes destaca: tabaquismo, síndrome ansioso-depresivo asociado a psicosis con neurosis obsesiva y episodios de alucinaciones, trastorno alimenticio. En la exploración presenta palidez cutáneo-mucosa, ausencia de piezas dentarias y grandes hematomas en la cara posterior de los miembros inferiores. Los resultados analíticos son: Hemoglobina 6,5 g/dl, Hierro 20 microgr/dl, GammaGT 139 U/l, Fosfatasa Alcalina 159 U/l, ácido fólico 0,6 mg/ml, serologías negativas. Radiología de tórax y abdomen, ecografía abdominal y ecografía doppler de miembros inferiores normal. Se solicita valoración por el Servicio de Dermatología quien describe las lesiones cutáneas como púrpura perifolicular con pelos epirulados y prominentes en ambas superficies pretibiales, y sufusiones hemorrágicas en cara posterior de miembros inferiores. Ante la sospecha clínica de escorbuto se solicitan niveles de vitamina C plasmáticos, resultando ser 0,31 mg/dl, lo que apoya el diagnóstico. Se inicia tratamiento con vitamina C y se remite a Consultas Externas de Medicina Interna donde se observa buena evolución de los parámetros analíticos y gran mejoría del estado general de la paciente. Caso Clínico 2: Varón de 77 años que acude por vómitos postprandiales de 5 días de evolución y hematomas en ambos miembros inferiores y periorbitario derecho. Entre sus antecedentes destaca: tabaquismo, etilismo, EPOC leve, síndrome prostático y deterioro cognitivo leve con déficit de ácido fólico y complejo vitamínico B. En la exploración presenta ausencia de piezas dentarias con encías engrosadas sugestivas de gingivitis, hematoma periorbitario derecho, hematomas indurados y lesiones petequiales perifoliculares en miembros inferiores. En la analítica destaca: Hemoglobina 10,8 gr/dl, VSG 45/88. Radiología de tórax y abdomen, EKG sin alteraciones, ecografía abdominal con quistes hepáticos y renales junto con hipertrofia prostática, gastroscopia con duodenitis erosiva con Clotest positivo. Ante la sospecha clínica de escorbuto se solicitan niveles de vitamina C en plasma que resultan bajos (0,14 mg/dl.). Se instaura tratamiento dietético, suplemento de vitamina C y tratamiento erradicador de *H. pylori*. Es visto 3 semanas después y ante la buena evolución se remite para control en su Centro de Salud.

Discusión. Tenemos dos pacientes con síndrome anémico de causa no clara, que presentan manifestaciones cutáneas hemorrágicas y lesiones petequiales características, junto con trastornos de la alimentación asociados a enfermedad mental o problemática social. Ante esta situación una enfermedad a descartar ha de ser el escorbuto ya que es una enfermedad potencialmente letal y de fácil tratamiento, por lo que entre las distintas pruebas solicitadas se encuentran los niveles plasmáticos de vitamina C.

Conclusiones. El escorbuto en nuestro hospital es una enfermedad asociada a enfermedades psiquiátricas o a trastornos de la alimentación. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y al ser una enfermedad olvidada probablemente es infradiagnosticada, como lo demuestra la poca frecuencia objetivada. Aunque potencialmente es una enfermedad mortal, la respuesta al tratamiento es muy buena, no habiendo más complicación crónica que la pérdida dental.

V-157

SIGNIFICADO DEL RECuento DE PUNTOS DOLOROSOS EN EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

J. H. Gómez, L. De Teresa Parreño, C. Bernabeu, S. Fuentes, E. Linares, N. Pujalte, E. Abad, S. Ramos y C. Gómez

Medicina Interna (CAI-Fibromialgia). H. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Objetivos. Estudiar la relación entre el número de puntos dolorosos (NPD) y otras variables clínicas y de disfunción física y psicológica, asociadas en la literatura a un mayor número de puntos dolorosos en mujeres con síndrome de fibromialgia (SFM).

Material y métodos. Se definió la variable dependiente como el NPD. Las variables clínicas que se estudiaron fueron la edad, la antigüedad del SFM, los años con dolor y la intensidad de dolor (escala visual analógica [EVA] de 0 a 10). El grado de disfunción física se midió mediante los cuestionarios Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) y Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire (FHAQ). El grado de disfunción psicológica fue evaluado mediante los cuestionarios Beck Depression Inventory (BDI) y State Trait Anxiety Inventory (STAI). El NPD se evaluó según la ACR. Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple previa transformación cuadrática del recuento de puntos dolorosos. La inclusión de las variables en el modelo final se basó en los hallazgos previos en la literatura y en el análisis de los resultados mediante procesos automáticos de selección de variables. Se introdujeron en el modelo inicial, la edad, la antigüedad del SFM, los años con dolor, la EVA de dolor, el FIQ, el FHAQ, el BDI, y el STAI-AR. SPSS 13.01.

Resultados. El tamaño de la muestra final fue de 116 sujetos. Los valores medios de las variables estudiadas fueron: edad (50.1 ± 9.9 años), antigüedad del SFM (3.4 ± 3.2 años), años con dolor (13.1 ± 9.1 años), EVA dolor (7.8 ± 1.8), FIQ 0-80 (60.2 ± 11.8), FHAQ (1.26 ± 0.62), BDI (18.9 ± 8.6), STAI-AR (34.7 ± 11.2) y nº puntos dolorosos (12.9 ± 4). Las variables introducidas en el modelo final de regresión fueron la edad, los años desde el diagnóstico del SFM, el STAI-AR, y el FIQ. Las variables asociadas de forma independiente a un mayor número de puntos dolorosos (tabla) fueron la edad (p = 0.012) y la antigüedad del SFM (p = 0.018), mostrando el STAI-AR una tendencia hacia un mayor número de puntos dolorosos (p = 0.08).

Discusión. EL SFM se caracteriza por la presencia de dolor crónico generalizado, alteraciones en el sueño y fatiga crónica. Estudios en sujetos con dolor crónico generalizado han mostrado que el recuento de puntos dolorosos se correlaciona con la presencia de mayor disfunción física y psicológica y que su aplicación, como criterio diagnóstico, selecciona a los sujetos con mayor gravedad. Nuestros resultados concuerdan, en parte, con los de la literatura, al encontrar una tendencia entre el grado de disfunción psicológica y el nº puntos dolorosos. De forma menos constante, la edad también ha sido relacionada, previamente, con el número de puntos dolorosos. Hasta nuestro conocimiento, no hemos hallado en la literatura la asociación entre la antigüedad del diagnóstico del SFM y el recuento de puntos dolorosos. Creemos, como hipótesis plausible para este hallazgo, que la valoración de los puntos dolorosos, en una unidad de referencia, puede verse sesgada por un fenómeno de aprendizaje.

Conclusiones. En una unidad de referencia para el SFM, el valor de los puntos dolorosos puede estar sesgado por el conocimiento previo de la enfermedad.

Regresión Lineal Múltiple (R2 0.175, variable dependiente nº puntos dolorosos al cuadrado).

| Variable | B | Beta | p | IC95% límite inferior | IC95% límite superior |
|-----------------------|--------|-------|-------|--------------------------|--------------------------|
| Edad (años) | 2.12 | 0.224 | 0.012 | 0.48 | 3.76 |
| Antigüedad SFM (años) | 6.53 | 0.223 | 0.018 | 1.16 | 11.91 |
| STAI-AR | 1.54 | 0.185 | 0.080 | -0.18 | 3.26 |
| FIQ (0-80) | 0.68 | 0.086 | 0.416 | -0.97 | 2.34 |
| Constante | -39.57 | | 0.488 | -152.13 | 72.99 |

V-159

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON FÁRMACOS EN EL ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN EL TERCER MILENIO. ANÁLISIS DE 1.000 ENSAYOS CLÍNICOS

P. Lavilla Uriol¹, E. Fernández de Uzquiano¹, J. Frías Iniesta², R. Álvarez Sala³, R. Madero⁴, F. Gayá⁵ y A. Gil Aguado⁶

¹Comité Ético de Investigación Clínica, ²Farmacología y Comité Ético de Investigación Clínica, ³Neumología y Comité Ético de Investigación Clínica, ⁴Bioestadística y Comité Ético de Investigación Clínica, ⁵Investigación, ⁶Medicina Interna y Comité Ético de Investigación Clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Los ensayos clínicos (EC) constituyen una parte fundamental de la actividad investigadora de los hospitales universitarios y potenciar su realización es un objetivo prioritario de I+D+I del Sistema Público de Salud. Además, deberían cubrir las prioridades establecidas en el plan nacional de I+D y enfocarse hacia aquellas patologías con menor cobertura terapéutica y mayor proyección social. El objetivo del estudio es realizar un análisis descriptivo de los 1.000 últimos EC evaluados por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del hospital y valorar su concordancia con las prioridades marcadas.

Material y métodos. Los 1.000 EC analizados, fueron evaluados entre mayo de 1999 y mayo de 2005. Todos los EC se habían registrado previamente en la base de datos del CEIC. Se han seleccionado los 621 EC realizados en el área médica del hospital. La clasificación de los EC se hace por áreas asistenciales, patologías, ámbito, fase de desarrollo, objetivos, población de estudio y servicio del investigador principal. Se evalúa la participación de los diferentes servicios del área médica, las patologías fundamentales de los EC y su concordancia con las líneas prioritarias de investigación establecidas por el Plan Nacional de I+D en Salud.

Resultados. De los 621 EC analizados 180 (29%) se realizaron en el Servicio de Medicina Interna (MI), 71 en Reumatología, 56 en Neurología, 50 en Nefrología y 46 en Oncología, lo que supone el 65% de la investigación clínica (IC). Por patologías: 140 (23%) son de prevención de riesgo cardiovascular, 135 de patología infecciosa (22%), 68 oncológicos y 55 de patología neurológica. La infección VIH (88), la hipertensión arterial (56), la artritis reumatoide (35) y la demencia (32) son las entidades clínicas con mayor número de estudios. El 52% de los EC del grupo de riesgo cardiovascular y el 73% de patología infecciosa son realizados en MI. La participación de Neurología y Oncología sólo supone el 8,8% y el 7,4% de los EC del área médica. Los estudios genéticos (farmacogenética e investigación de genes responsables de patologías) se están incorporando en estos últimos años de forma importante a los protocolos de los EC.

Discusión. El servicio de MI tiene el principal protagonismo en la IC con fármacos. La prevención del riesgo cardiovascular y las infecciones son las patologías más atractivas para la industria farmacéutica (IF). Por el contrario es baja la participación de Oncología y Neurología. Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que el enfoque de la investigación realizada por la IF no está en concordancia con algunas de las líneas prioritarias de investigación del plan nacional de I+D [Alteraciones congénitas y del desarrollo; Patología del envejecimiento y enfermedades degenerativas (Reumatología, neurología, respiratorio-cardiovascular); Patología Infecciosa y nutricional; Oncología y oncogénesis], en especial con las alteraciones congénitas y los trastornos del desarrollo, procesos de baja prevalencia y escaso interés económico. Por ello, se debe potenciar la investigación en enfermedades huérfanas mediante presupuestos públicos que deberían superar lo asignado actualmente del PIB.

Conclusiones. La discrepancia mayor entre la IC promovida por la IF y las líneas oficiales radica en la escasez de EC sobre alteraciones congénitas y patología del desarrollo. La IF está impulsando los estudios genéticos en sus EC para avanzar en el conocimiento de la base genética de las enfermedades y la respuesta a fármacos. Debe potenciarse la investigación en patología del envejecimiento/degenerativa y oncología. Debe existir una mayor contribución del dinero público de I+D+I para fomentar la investigación en enfermedades huérfanas con escaso interés comercial.

V-160

HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA: EPIDEMIOLOGÍA EN UNA POBLACIÓN MEDITERRÁNEA

A. Martínez Baltanás¹, M. Botas Velasco¹, J. Robert Gates¹, M. Matarranz del Amo¹, J. Peris García¹, J. Merino Sánchez¹ y J. Casero²

¹Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante. Alicante.

Objetivos. La hemocromatosis hereditaria (HH) es una de las enfermedades genéticas más frecuentes en Europa, afecta a 1 de cada 200-300 individuos. Es un trastorno en el metabolismo del hierro, produciéndose sobrecarga de hierro en los tejidos, con potencial daño sobre éstos. Su herencia es autosómica recesiva, en relación con mutaciones del gen HFE, siendo C282Y y H63D las más frecuentes en la población caucásica. Desde el descubrimiento del gen HFE en 1996, se utiliza el análisis genotípico para confirmar el diagnóstico (> 99% de sensibilidad); ha sustituido a la biopsia hepática, aunque ésta se sigue practicando en pacientes con alta sospecha de HH y análisis genético negativo, o para saber el grado de daño hepático. Nuestro objetivo es analizar las características genéticas y clínicas de la población de pacientes diagnosticados de HH en nuestra área y compararlas con las descritas en la literatura.

Material y métodos. Recogimos datos de pacientes atendidos en nuestras consultas entre 1997 y 2005, y diagnosticados de HH en base a niveles elevados de ferritina (> 200 mcg/L en premenopáusicas y > 300 mcg/L en hombres y postmenopáusicas) y del índice de saturación de transferrina (> 45% en mujeres premenopáusicas y > 55% en hombres y postmenopáusicas) con confirmación mediante mutación del gen HFE o biopsia hepática. Los datos se analizaron con el programa SPSS 12.0.

Resultados. Los pacientes fueron rescatados del servicio de laboratorio ante el hallazgo de niveles elevados de ferritina, siendo citados en consulta y evaluados clínicamente y analíticamente, confirmando la HH en 35 pacientes. Tenían edades entre 18 y 78 años. 15 (43%) eran mujeres y 10 (57%) hombres. Las alteraciones genéticas fueron: C282Y homocigoto 42.3%, C282Y/H63D 23.1%, H63D homocigoto 15.4%, C282Y heterocigoto 11.5% H63D heterocigoto 3.8%. En el 3.8% de los pacientes no se encontraron alteraciones genéticas, por lo que fueron diagnosticados mediante biopsia hepática. La manifestación clínica más frecuente fue la astenia (43.5%), siendo igual de prevalente en ambos sexos. Un 30.4% (17.3% varones y 13.1% mujeres) tenían alteración de las transaminasas previa; la hepatopatía «de novo» apareció en 12.9%, desglosándose en 3: alteración de transaminasas (4.3%, varones), cirrosis (4.3%, mujeres) y hepatocarcinoma (4.3%, hombres). La cardiopatía se dio en el 13% (8.6% mujeres y 4.3% hombres). Un 8.6% presentó diabetes, con igual frecuencia en ambos sexos. La hiperpigmentación y la artropatía se presentaron en el 8.7%, siendo todas mujeres. Ningún varón tenía impotencia.

Discusión. La HH es una enfermedad muy frecuente según los estudios genéticos a nivel poblacional, sin embargo las cifras de enfermos diagnosticados es muy inferior a la esperable en base al área de población atendida de cada hospital. Probablemente es debido a que la enfermedad es paucisintomática en fases iniciales, y su conocimiento en medicina primaria es escaso. Las recomendaciones de las guías americanas (petición de ferritinas en «chequeos») no se aplican en España. Pero es fundamental su diagnóstico precoz para que el tratamiento sea eficaz.

Conclusiones. El método de captación de pacientes, a través de screening a nivel del servicio de laboratorio, ha resultado muy útil para el despistaje de casos no diagnosticados. La incidencia de mutaciones en nuestros pacientes es alta (95% de total) aunque su frecuencia relativa de las distintas mutaciones difiere de las que muestra la literatura. Aunque la mutación más frecuente es la C282Y homocigoto, en nuestra población se reduce al 50% respecto a la descrita en la bibliografía (80%). La manifestación clínica más frecuente es la astenia (43%), seguida de hiperpigmentación, artropatía, cirrosis y hepatocarcinoma. Recomendamos dicho screening, a nivel de laboratorio, mientras no se consiga implementar las peticiones de ferritinemias de modo regular en asistencia primaria.

V-161

VALIDEZ DEL EUROQOL-5D EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPOC

J. Martín Escudero, S. Yagüe Vallejo, M. Vidales Miguélez, P. Hidalgo García, R. Alonso Avilés, B. Cartón Manrique y A. Aguado de la Fuente

Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Evaluar la utilidad de la escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) EuroQol5D (EQ) en pacientes con EPOC hospitalizados respecto a la escala de St. Georges (SG). La escala general EQ es breve y de fácil aplicación en la práctica diaria pero no se ha evaluado en EPOC.

Material y métodos. Entrevistamos 115 pacientes consecutivos, ingresados en nuestro Centro por descompensación de su EPOC, entre enero y mayo de 2005. En el periodo inmediato al alta, aplicamos las escalas de CVRS de SG y EQ, además de una encuesta protocolizada. Empleamos los sumarios de ambas escalas para evaluar la validez de criterio concurrente. Adaptamos la puntuación de ambas escalas en%, siendo 0 la peor y 100 la mejor percepción de CVRS. Analizamos con ayuda de SPSS 11 los resultados. Los valores se expresan en media \pm desviación típica.

Resultados. Los pacientes eran 73% varones, tenían una edad media de 75,7 \pm 9 años. El 68% están diagnosticados de EPOC hace más de 10 años, y habían ingresado una media de 5,1 \pm 5,7 veces en los últimos 5 años, con un consumo de tabaco medio de 38,5 \pm 42,3 paquetes-año. En el 68% su EPOC era el único motivo de ingreso. SG: Síntomas (54,66 \pm 18,4), Actividad (54,15 \pm 20,8), Impacto (46,42 \pm 16,3), Sumario (46,83 \pm 16,24). EQ: Movilidad (1,63 \pm 0,6), Cuidado personal (1,50 \pm 0,6), Actividades cotidianas (1,66 \pm 0,7), Dolor (1,37 \pm 0,6), Ansiedad-depresión (1,60 \pm 0,6), EVA Tarifa (63,25 \pm 25,9), EVA Termómetro (27,54 \pm 27,3). SG Sumario vs EVA Tarifa: $p = 0,473$; $k = 0,298$; $Kw = 0,469$; Chi-cuadrado 54,6 ($p < 0,000$). C. Spearman $r = 0,614$ ($p < 0,000$). SG Sumario vs EVA Termómetro: $p = 0,357$; $k = 0,143$; $Kw = 0,279$; Chi-cuadrado 22,5 ($p = 0,07$). C. Spearman $r = 0,411$ ($p < 0,000$). EVA Tarifa vs EVA Termómetro: $p = 0,259$; $k = 0,012$; $Kw = 0,092$; Chi-cuadrado 12,104 ($p = 0,208$). C. Spearman $r = 0,165$ ($p = 0,087$).

Discusión. No es fácil comparar dos escalas de CVRS multidimensionales, una general y otra específica, pero si es posible empleando sus índices sumarios en cuartiles, aproximarnos a la validez de criterio concurrente de EQ respecto a la escala de SG, considerada esta última como el «patrón oro» de CVRS en pacientes con EPOC. La concordancia es muy buena entre los sumarios de SG y EQ (EVA tarifa), en cambio la percepción subjetiva de los pacientes señalada a través de una escala visual analógica tipo termómetro (EVA termómetro) tiene mala concordancia con el Sumario de SG y con la propia escala EQ (EVA tarifa).

Conclusiones. La escala EQ se muestra sensible para detectar diferentes estados de CVRS en pacientes con EPOC, y lo detectado tiene una buena validez de criterio concurrente respecto a la escala de SG, siendo EQ mucho más breve y fácil de aplicar. La escala EQ puede ser una herramienta útil en el manejo de los pacientes con EPOC en nuestra práctica clínica diaria.

V-162

OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA Y CARCINOMA

M. Bermejo Martínez¹, M. Molina Boix¹, A. Hernández¹, H. Albendín¹ y E. Rubio Gil²

¹Medicina Interna, ²Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia.

Objetivos. La osificación heterotópica se caracteriza por la aparición de trabéculas de hueso maduro en localizaciones atípicas tales como músculo o tejidos blandos. Presentamos el caso de un paciente con un carcinoma de origen desconocido que desarrolló osificación heterotópica en una adenopatía laterocervical metastásica.

Material y métodos. Varón de 66 años fumador de un paquete de cigarrillos al día, con antecedentes personales de hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal sangrante hacia 4 años, que consulta por un cuadro lumbalgia rebelde al tratamiento analgésico de un mes de evolución, dolores óseos generalizados que le obligan al en-

camamiento y síndrome general tóxico con pérdida de unos 15 kg de peso. A la exploración únicamente destaca la extrema delgadez y la disminución simétrica de fuerza en miembros inferiores. En las pruebas complementarias encontramos 51000 plaquetas, VSG 21, Fosfatasa alcalina 513, Fosfatasa ácida 6.8, Fosfatasa ácida prostática 3.9. La ecografía mostró una próstata aumentada de tamaño, heterogénea, con una zona hipocóica en su interior sugestiva de neoplasia. La biopsia prostática fue diagnóstica de adenocarcinoma. La gammagrafía ósea puso de manifiesto la existencia de múltiples focos patológicos de hiperactividad repartidos por todo el esqueleto compatibles con un proceso metastásico óseo diseminado. Durante la evolución apareció una adenopatía laterocervical derecha de consistencia pétreo y tamaño patológico que se extirpó. La biopsia demostró células de carcinoma en la periferia y formación de hueso en la región central.

Discusión. La osificación heterotópica en metástasis de carcinomas es un hallazgo muy infrecuente y cuando aparece, suele asociarse a tumores del tracto gastrointestinal. Hay menos de 50 casos descritos en la literatura y en sólo seis de ellos existe formación de hueso en linfadenopatías metastásicas. El mecanismo exacto de la osificación heterotópica es desconocido. Muchos factores parecen estar implicados como la proliferación de células mesenquimales, la metaplasia de fibroblastos inducida por el rápido crecimiento tumoral o la liberación de sustancias paraneoplásicas, fenómenos de hipercoagulabilidad, o la presencia de niveles séricos elevados de fosfatasa alcalina, como en nuestro caso, cuya participación en el proceso de osteogénesis es conocido.

Conclusiones. La osificación heterotópica asociada a neoplasias es un fenómeno de presentación excepcional, más aún si aparece como adenopatías metastásicas. La causa es desconocida, aunque múltiples factores incluida la susceptibilidad individual del propio huésped, pueden contribuir a su desarrollo.

V-163

ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LISTERIOSIS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA

G. Alonso Claudio¹, L. Moralejo Alonso¹, S. Sánchez Iglesias², J. E. García Sánchez², M. L. Pérez García¹, S. Bahamonde Cabria¹ y R. Merchán Rodríguez¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Clínico Universitario. Salamanca.

Objetivos. Analizar la incidencia, características clínicas, epidemiológicas y aspectos microbiológicos de los casos de listeriosis diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 10 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, revisando las historias clínicas de listeriosis en nuestro hospital, entre enero de 1994 y diciembre de 2004. Diagnóstico: aislamiento de L monocitogénes en sangre o en líquido cefalorraquídeo (LCR). Consideramos el diagnóstico de neurolisteriosis cuando el LCR era patológico y se aisló L monocitogénes en el líquido o en hemocultivos (HC). Cuando los casos de neurolisteriosis presentaban clínica de afectación del tronco del encéfalo asumimos el diagnóstico de rombencefalitis (RB).

Resultados. Encontramos 7 casos. El 57,14% eran varones. Cuatro casos eran neurolisteriosis (grupo I) y el resto se presentaron como bacteriemia de otro origen (grupo II). La edad presentó un rango entre 81 y 36 años, siendo la media del grupo I de 46,25 años y la del grupo II de 69 años. El grupo I no presentó antecedentes de inmunodepresión grave. La media de estancia fue de 31,75 y 10,33 días, respectivamente. La mortalidad global fue del 14,28% y no hubo ningún fallecimiento en el grupo I, aunque el 75% precisó ingreso en la UCI. Datos referidos a pacientes del grupo I: hemocultivos positivos sólo en los casos de RB. Síntomas: fiebre, cefalea y vómitos en el 100% de los casos; no había rigidez de nuca en los de RB y éstos tardaron más días en consultar (media de 6 días). Las características del LCR: 1 con hipoglucorraquia de 15mg/dl, hiperproteinorraquia: media 179 mg/dl; pleocitosis: media de 962,25 células/mm³, pero con un rango entre 2.133-176 células/mm³; el 75% presentó predominio de monocitos. Todos fueron tratados con ampicilina y gentamicina durante una media de 4,25 semanas.

Discusión. Encontramos 7 casos de listeriosis. La incidencia fue de 0,2 casos por 100.000 habitantes y año. Predominio de varones (57,14%), hecho que se registra en la mayoría de las series publicadas. Hubo 2 grupos claramente diferenciados: grupo I, 4 casos de

neurolisteriosis, presentaba una media de edad menor (46,25 años) y sin factores de riesgo importantes (salvo un paciente con diabetes mellitus (DM) y grupo II, 3 casos, estaba formado por pacientes mayores (media de edad de 69 años) y todos con factores de riesgo más graves (neoplasia y DM, cirrosis hepática y síndrome mielodisplásico). Del grupo I, el 75% precisó ingreso en la UCI; los 2 pacientes con RB precisaron ventilación mecánica por depresión respiratoria. Estos presentaron hemocultivos positivos pero negativos en LCR, al contrario que los pacientes con meningitis; los pacientes con RB tardaron más días en consultar porque los síntomas al inicio fueron más inespecíficos (malestar general, mareo, vómitos, fiebre); los pacientes con RB no presentaban rigidez de nuca, pero sí afectación de estructuras mesecefálicas. En cuanto a las características licuorales había hipoglucorraquia sólo en un caso, hiperproteinorraquia en todos los casos y las células eran de predominio linfocitario en el 75% de los pacientes; ésto, añadido a que con frecuencia el Gram del LCR es negativo, dificulta la sospecha diagnóstica. Por otro lado, la pleocitosis fue menor en los pacientes con rombencefalitis. La duración del tratamiento debe ser prolongada, pues el germen permanece intracelular, siendo de elección la ampicilina asociada o no a gentamicina; ambas condiciones se cumplieron en nuestro estudio, añadiéndose dexametasona en los 2 casos de rombencefalitis. A pesar de la gravedad de la neurolisteriosis, con mortalidad descrita de hasta el 30%, la evolución fue hacia la curación en todos los casos.

Conclusiones. 1) La listeriosis es una infección infrecuente. 2) La neurolisteriosis debe sospecharse y tratarse precozmente porque es muy grave. La RB supone una gravedad añadida, pues se manifiesta de forma subaguda e inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento. 3) Ha disminuido la edad de presentación y aparece con frecuencia en pacientes inmunocompetentes. 4) Las características del LCR son muy variables, pudiendo confundirse con una meningitis no bacteriana.

V-164

LINFOMA DEL MANTO REFRACTARIO CON RESPUESTA A BORTEZOMIB

I. Villar Gómez, A. Cánovas Fernández, J. Alonso Alonso, G. Barreiro García y C. Aguirre Errazti

Medicina Interna. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

Objetivos. Bortezomib es un inhibidor del proteasoma 26S con actividad demostrada en mieloma múltiple. Aunque también se ha ensayado en otras neoplasias como los linfomas en los que ha mostrado eficacia en dos subtipos, linfoma folicular y linfoma del manto (LM), la experiencia en este campo es menor. Aportamos el efecto observado con Bortezomib en un paciente con LM refractario, tratado previamente con seis pautas de quimioterapia.

Material y métodos. Presentación de la evolución clínica de un paciente con LM refractario tratado con Bortezomib.

Resultados. Caso clínico: Paciente de 70 años diagnosticado en septiembre de 2001 de LM, que presentaba adenopatías generalizadas de hasta 3 cm, masa en cavum, hepatomegalia, derrame pleural bilateral, masa abdominal palpable y síndrome general con sudoración profusa. La médula ósea fue normal y la LDH sérica y la beta-2 microglobulina elevadas. La biopsia de una adenopatía cervical es informada como LM y el inmunofenotipo ganglionar: (CD5, CD19, CD20, DR Y FMC-7) + y (CD23, CD10) -, compatible con dicho diagnóstico. Tratado inicialmente con quimioterapia CHOP/OPEN, obtuvo remisión completa de corta duración (menos de 12 meses). Posteriormente, recidiva en médula ósea y ganglios siendo tratado con MINE; durante este tratamiento presenta una progresión a nivel intestinal con una complicación que requiere intervención quirúrgica (invaginación ileo-cecal) durante la que se comprueba afectación intestinal y del meso por LM. Se trata entonces con ESHAP, con respuesta poco duradera. En julio de 2004 se presenta con adenopatías en una TAC de control y se comprueba la recidiva ganglionar y de médula ósea. Se trata entonces con R-FCM (Rituximab, Fludarabina, Ciclofosfamida y Mitoxantrona). Tras recibir tres ciclos experimenta progresión con síndrome general, sudoración profusa, adenopatías y derrame pleural izquierdo masivo que precisa evacuación y pleurodesis. Se cambia el tratamiento a R-VIA (Rituximab, Ifosfamida, Etopósido y Ara-C) sin respuesta y R-EPOCH (Rituximab seguido de Etopósido, Ciclofosfamida, Vincristina y Adriamici-

na en en infusión continua) con igual resultado. El 6-5-05 se inicia tratamiento con Bortezomib a dosis de 1,5 mg/m² en bolus de 3-5 segundos, dos dosis semanales cada 3 semanas, lo que constituye un ciclo. Desde el segundo ciclo se controlan los síntomas B y se reducen las adenopatías en la TAC, confirmando la respuesta parcial. Tras el quinto ciclo se encuentra en remisión completa con ECOG: 0. El tratamiento fue muy bien tolerado con diarrea grado 1 controlada con tratamiento sintomático y un nadir plaquetario de 95.000 plaquetas/mm³ como únicos efectos secundarios.

Discusión. La actividad del inhibidor de proteasomas Bortezomib en linfomas no Hodgkin se demostró en el primer ensayo en fase I del fármaco en el que se obtuvo una respuesta parcial en un paciente con LM y en otro con macroglobulinemia de Waldenström (Orlowski, J Clin Oncol 2002). Posteriormente, en ensayos en fase II, O'Connor (J Clin Oncol 2005) y Goy (J Clin Oncol 2005) han mostrado respuestas duraderas de 40 y 50% respectivamente en LM pretratados, con buena tolerancia y efectos secundarios asumibles. Estos datos nos animaron a utilizar Bortezomib en nuestro paciente con LM refractario y pretratado con seis pautas de quimioterapia, las tres últimas asociadas a Rituximab. Aunque el seguimiento es todavía corto, la respuesta clínica es esperanzadora en un linfoma para el que todavía no existe tratamiento curativo.

Conclusiones. Se ha conseguido respuesta completa con Bortezomib en monoterapia en un paciente con LM muy pretratado y sin apenas toxicidad. Ensayos en fase III con series amplias mostrarán en un futuro próximo la actividad de Bortezomib en este tipo de linfomas, para el cual no existe todavía tratamiento curativo.

V-165

ENFERMEDAD DE KIKUCHI. UNA ENFERMEDAD INFRA-DIAGNOSTICADA

A. Pereira Juliá¹, E. Martín Echevarría¹, Y. Meije¹, M. De Vicente¹, R. Méndez¹, A. Guerri¹, S. Lainez¹ y M. Rodríguez Zapata²

¹Medicina Interna. Hospital Universitario General de Guadalajara, Guadalajara. ²Dpto. de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto o linfadenitis necrotizante subaguda es una enfermedad de curso benigno, habitualmente autolimitada. Es de distribución mundial. La relación entre hombres y mujeres es de 1:1, y suele aparecer en la edad media de la vida. Su etiología es desconocida, aunque se ha relacionado con procesos infecciosos (VH-6, VH-8), con enfermedades autoinmunes (LES) y con la respuesta a cuerpo extraño. Su clínica es inespecífica. Se caracteriza por fiebre o febrícula. En la exploración es característico que se presenten adenopatías cervicales, que normalmente son unilaterales, cervicales posteriores, móviles, elásticas y dolorosas. Hasta en un 22% son generalizadas. Analíticamente se caracteriza por leucopenia, neutropenia y linfocitos activos. En la TAC las adenopatías suelen presentar centro hipodenso y realce anular. El diagnóstico es anatomopatológico, a través de PAAF o por biopsia. El inconveniente de la PAAF es que la afectación es parcheada. Se caracteriza por áreas paracorticales de necrosis coagulativa y cariorrexis. Las células suelen ser: Histiocitos, monocitos plasmocitoides e inmunoblastos. No presentan polimorfonucleares, granulomas o células gigantes.

Material y métodos. Estudio de serie de casos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre del 2004. Durante este período sólo se diagnosticaron 2 casos. Los datos que se recogieron fueron: edad, sexo, antecedentes personales, clínica, exploración, analíticas, pruebas serológicas y de imagen, anatomía patológica, tratamiento y evolución.

Resultados. El primer caso se diagnosticó en 2001. Se trataba de una mujer de 34 años, sin antecedentes de interés. Refería fiebre de 3 semanas de evolución, con escalofríos, sudoración, mialgias, astenia, anorexia y pérdida de peso. En la exploración sólo presentaba una adenopatía supraclavicular izquierda, dura y no dolorosa, y una axilar izquierda, elástica y no adherida. En el hemograma presentaba 2600 leucocitos, siendo el resto normal. En la bioquímica destacaba una LDH de 857. La coagulación, VSG, PCR, marcadores tumorales, proteinograma, inmunoglobulinas, ANA, ANCAs, FR, ECA y sedimento de orina tenían valores normales. La serología VIH, Brucella, Leishmania, Toxoplasma, sífilis, VHB, VHC, Man-

toux, BAAR, urocultivo y hemocultivos fueron negativos. Las Rx. de torax y abdomen fueron normales. La TAC toracoabdominal mostró adenopatías pretraqueales derechas y axilares izquierdas. La biopsia fue diagnóstica. En la evolución, al año presentó clínica de artritis reumatoide y una vasculitis retiniana. Actualmente está en tratamiento con prednisona y metotrexate. El segundo caso se diagnosticó en 2004. En esta ocasión era una mujer de 37 años, cuyo único antecedente de interés era una mamoplastia bilateral. La paciente refería fiebre de mes y medio de evolución, con odinofagia y otalgia, por lo que recibió diversos tratamientos antibióticos, sin mejoría. En la exploración sólo presentaba adenopatías cervicales, elásticas y dolorosas, y una axilar derecha, no dolorosa y firme. En la analítica destacaba un hemograma con 1250 leucocitos y 87000 plaquetas, siendo el resto normal. En la bioquímica se obtuvo una LDH 357. La coagulación, VSG, PCR, marcadores tumorales, proteinograma, inmunoglobulinas, ANA, ANCAs, FR y sedimento de orina presentaban valores normales. La serología VIH, VEB, VH6, VH8, parvovirus, CMV, Leishmania, Mantoux, hemocultivos, urocultivos fueron negativos. Las Rx de torax y abdomen eran normales. La TAC toraco-abdominal únicamente presentaba las adenopatías reseñadas en la exploración. La biopsia fue diagnóstica.

Conclusiones. Es una enfermedad infradiagnosticada, ya que sus síntomas son inespecíficos. Sin embargo, también es una enfermedad que normalmente es benigna y autolimitada, si bien es cierto que se han descrito casos de recidiva, incluso a los 12 años. Se trata con antiinflamatorios. En casos tópicos o recidivantes se han usado los corticoides. El seguimiento es necesario por la posibilidad de recurrencias y su relación con enfermedades autoinmunes, como en el primer caso descrito.

V-166

MALFORMACIONES VASCULARES TÓRACO-ABDOMINALES EN LA TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA : DIAGNÓSTICO POR TAC

M. Piret Ceballos¹, J. Villegas de la Lama¹, J. Bueno López², A. Pérez del Molino Castellanos¹, C. Morales Angulo³, J. Parra Blanco², A. Fernández López² y R. Zarrabeitia Puente¹

¹Medicina Interna, ²Radiodiagnóstico, ³ORL. Sierrallana. Torrelavega, Cantabria. ⁴Centro de Investigaciones Biológicas. CSIC. Madrid.

Objetivos. Describir las características de las malformaciones vasculares toraco-abdominales en pacientes diagnosticados de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH), mediante tomografía axial computerizada (TAC MC).

Material y métodos. Dentro del protocolo establecido en la Unidad para la detección de malformaciones vasculares sistémicas, a todo paciente con 3 ó 4 criterios de Curaçao o estudio genético positivo se realiza angioTAC MC toraco-abdominal, con contraste. A nivel abdominal se evalúan las estructuras en las fases arterial precoz, arterial tardía y portal.

Resultados. De los 20 pacientes evaluados (12 mujeres y 8 hombres), en el estudio genético cinco son THH tipo 1, trece son tipo 2 y dos de ellos no están aún filiados. Se observó la presencia de fistulas pulmonares (PAVMs) en cinco casos (dos THH 1, dos THH 2 y uno no filiado). Se detectaron casos aislados de fistula arteriovenosa ovárica, fistula portovenosa, vasos pulmonares tortuosos, angiomas hepáticos y malformación vascular en fundus gástrico. Cuatro pacientes presentaban una arteria esplénica tortuosa (tres THH 2 y uno no filiado), y en siete casos existía una arteria hepática común tortuosa (cinco THH 2, un THH 1 y otro no filiado). Ocho pacientes, seis de ellos THH tipo 2, mostraban variantes anatómicas en el origen de las ramas de las arterias hepática y mesentérica superior. En cinco casos se vieron telangiectasias en superficie hepática y en tres, la presencia de masas vasculares confluyentes (todos THH 2). Ocho pacientes tenían relleno precoz de porta (4 THH 2 y uno THH 1) y dos de suprahepáticas (ambos THH 2).

Discusión. La proporción de PAVMs en la serie es similar a las descritas en la literatura (en torno al 25%). Las anomalías vasculares a nivel abdominal alcanzan un 80% de casos (similar a las últimas series que utilizan el TAC para screening, como la de Ianora et al), predominando la tortuosidad a nivel de arteria hepática y sus ramas y la arteria esplénica, así como los datos indirectos sugestivos de fis-

tulas a sistema portal. Parece que dicha afectación abdominal es más habitual en pacientes THH tipo 2.

Conclusiones. El TAC MC permite detectar malformaciones vasculares con eficacia, lo que aporta un criterio diagnóstico de Curaçao para THH. El tipo 2 parece más susceptible de presentar alteraciones a nivel abdominal, aunque se precisa ampliar series y realizar estudios posteriores de correlación fenotipo-genotipo.

V-168

NEUROTOXICIDAD POR MORFINA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Sánchez Serrano, C. Aguirre González, C. Aguayo Jiménez, M. Bermejo Martínez, M. Giménez Belló, E. Rashid Jiménez y A. Hernández Torres

Medicina Interna. H.U. Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. Comunicar un caso de neurotoxicidad por morfina y revisar la literatura disponible.

Material y métodos. Varón de 56 años que ingresa en nuestro servicio por inquietud psicomotora, alucinaciones visuales, ideas delirantes e hiperalgesia en los miembros inferiores (MMII) de curso subagudo. Entre sus antecedentes destaca: tabaquismo activo, consumo excesivo de alcohol hasta 1 año antes y diabetes mellitus tipo 2 tratada con insulina; tres meses antes se le había realizado una derivación axilo-bifemoral subcutánea por un síndrome de Leriche, con buen resultado inicial, pero a los dos meses de la intervención se agudizó la isquemia en los MMII por pérdida de la permeabilidad del injerto, por lo que inició tratamiento analgésico combinado con metamizol, gabapentina, amitriptilina y dosis crecientes de morfina oral hasta alcanzar una dosis diaria total de 250 mg. A la exploración destacaba: tensión arterial 170/95 mmHg, temperatura 36.5 °C, frecuencia cardíaca a 110 lpm, marcada inquietud, desorientación, disforia, lenguaje confuso, y ausencia de pulsos arteriales, frialdad y lesiones isquémicas extensas en la mitad distal de MMII, así como disminución de la sensibilidad táctil y térmica e hiperalgesia en dichas áreas. Exploraciones complementarias: destaca glucemia 180 mg/dl, urea 38 mg/dl, creatinina 0.8 mg/dl, Na 138 mEq/L, K 4.5 mEq/L, Ca 9.3 mg/dl, hemoglobina 12.5 g/dl, leucocitos 10500 cel/mm³, hormonas tiroideas normales; electrocardiograma: taquicardia sinusal a 120 lpm; radiografía de tórax sin hallazgos relevantes; tomografía computerizada craneal normal. Con todos estos datos interpretamos el cuadro clínico como un síndrome confusional secundario a neurotoxicidad por opiáceos. Se trató al paciente con clorpromazina, midazolam, se cambió la ruta de administración de la morfina a vía endovenosa y se redujo progresivamente la dosis de esta hasta un 50% de la dosis inicial, con lo que se consiguió controlar los síntomas.

Discusión. La neurotoxicidad es un efecto adverso poco frecuente de los opiáceos. Se desconoce su incidencia exacta, aunque se sabe que está aumentando por el mayor uso de estos fármacos y los errores en su prescripción. Se produce por acumulación de metabolitos activos de, fundamentalmente, morfina e hidromorfona tras su administración crónica; otros opiáceos como fentanilo y metadona no tienen metabolitos activos. Se caracteriza por el desarrollo de agitación, delirio, alucinaciones, mioclonías e hiperalgesia/alodinia. La deshidratación e insuficiencias renal y hepática pueden contribuir a la acumulación de estos metabolitos tóxicos. El tratamiento se basa en la reducción de la dosis y cambio de la ruta de administración del opiáceo, rotación de opiáceos, y tratamiento de los síntomas derivados de la neurotoxicidad (neurolépticos, clonacepam, midazolam). Además se puede ensayar la hidratación como parte del tratamiento.

V-172

REHABILITACIÓN APLICADA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA

V. García Lorenzo¹, I. Sánchez Pugarín¹, R. Cutillas Ruiz² y J. Medina Asensio¹

¹Unidad de Pluripatología y Atención Médica Integral. Servicio de Medicina Interna. ²Rehabilitación. 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. La UPPAMI nace por la necesidad de integrar y dar continuidad de asistencia a pacientes con pluripatología que con fre-

cuencia son ancianos vulnerables, enfermos polimedcados, pacientes hiperfrecuentadores, y pacientes reingresadores en el hospital. Para ello la UPPAMI y el Servicio de Rehabilitación han decidido colaborar y coordinarse conjuntamente para que un médico rehabilitador pasen visita conjuntamente con los médicos de la UPPAMI para la valoración de las necesidades rehabilitadoras y fisioterapéuticas de los pacientes con pluripatología. Nuestro objetivo en este trabajo es analizar los pacientes a los que se le ha ofrecido rehabilitación durante el ingreso, sus características, y su situación funcional, y qué tipo de tratamientos han recibido.

Material y métodos. Los datos se han obtenido mediante recogida de datos de los 525 pacientes que han ingresado en la UPPAMI desde diciembre de 2004 hasta agosto de 2005, mediante recogida de datos de filiación, procedencia, centro de salud de referencia e informe clínico, almacenados en la base de datos Filemaker.Pro. Los datos sobre tipo de rehabilitación los ha aportado el Servicio de Rehabilitación. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa estadístico R-Sigma.

Resultados. De los 525 pacientes, han recibido rehabilitación 89 (165) durante el ingreso. De ellos, la edad media es de 74.34 años (72.09-76-58%), el 64.04% eran varones, y el 35.95% eran mujeres. El motivo de ingreso de los pacientes que han recibido rehabilitación en nuestra unidad era: patología respiratoria (43.82%), patología neurológica (20.22%), patología cardíaca (15.73%), deterioro del estado general (6.74%), patología digestiva y hemato-oncológica (2.24% respectivamente). El motivo por el que se les ha indicado rehabilitación ha sido por frecuencia: enfermedad respiratoria (43.82%), enfermedad neurológica (19.10%), enfermedad cardiaca (12.35%), afectación motora (10.11%), algias crónicas (7.86%) y otras causas (6.74%). El índice de asociación entre el motivo de ingreso y el motivo por el cual se realizaba rehabilitación es de un 83.14%. El tipo de rehabilitación ofrecida a nuestros pacientes era: respiratoria, electroterapia, cinesiterapia, terapia ocupacional, ayudas técnicas, prótesis y ortesis y combinaciones. El tratamiento aplicado más frecuente ha sido la combinación de fisioterapia respiratoria y cinesiterapia, en un 41.57% de los casos, solo respiratoria en un 24.71%, y en la mayoría tratamientos combinados, con dos, tres o cuatro tipos de técnicas (32.58%). El índice de Barthel como medida de situación funcional al ingreso fue de 66.46 y al alta de 76.76. Un 15% de los pacientes murieron durante el ingreso.

Discusión. La rehabilitación se ha revelado como un factor importante a la hora de mejorar la situación funcional de nuestros pacientes, y cuanto mejor si la iniciamos desde el propio ingreso. Teniendo en cuenta estos datos, podemos considerar que las situaciones en las que este tratamiento complementario resulta beneficioso son diversas: enfermedades respiratorias, enfermedades del corazón, enfermedades del sistema nervioso central, riesgo cardiovascular, fisioterapia en el anciano, enfermedades del aparato locomotor y fisioterapia en las algias crónicas. Las técnicas más empleadas han sido la fisioterapia respiratoria, realizada por el propio paciente en colaboración con el equipo de rehabilitación y sus familiares, y la cinesiterapia combinada con la anterior. Se ha conseguido mejorar la situación de los pacientes y en algunos de ellos, seguir el tratamiento rehabilitador de manera continuada cuando han recibido el alta domiciliaria. Aún así, el porcentaje de éxitos en esta muestra es elevado.

Conclusiones. La fisioterapia ha mejorado la situación funcional de nuestros pacientes durante el ingreso y es una muy buena herramienta a utilizar de manera integrada en una unidad de pluripatología con el fin de mejorar a nuestros pacientes y un conseguir un mejor manejo integral de los mismos.

V-173

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA

J. Rodríguez, N. Blanca, I. Sánchez, V. Gracia y J. Medina

Unidad de Pluripatología y Atención Médica Integral. Servicio de Medicina Interna. 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. La UPPAMI nace por la necesidad de integrar y dar continuidad de asistencia a pacientes con pluripatología. El paciente pluripatológico se caracteriza por presentar: enfermedades que el sistema sanitario no cura, enfermedades mantenidas y de progresivo deterioro, disminución gradual de su autonomía y capacidad fun-

cional, importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales, riesgos múltiples secundarios a patologías interrelacionadas. Definir el Proceso Asistencial de Atención al Paciente Pluripatológico no consiste en describir una forma de enfermar sino en organizar un proceso de atención a unos pacientes con dos o más enfermedades crónicas y síntomas continuados o agudizaciones frecuentes que repercuten en su situación funcional y que genera una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales. En este trabajo nos proponemos analizar qué tipos de pacientes ingresan en nuestra unidad, de dónde proceden, el destino que siguen una vez dados de alta, y cuánto tiempo están ingresados.

Material y métodos. Se han recogido los datos correspondientes a 300 pacientes ingresados en la UPPAMI desde diciembre de 2004 hasta julio de 2005. Los datos se han recogido mediante la base de datos FileMaker-Pro, y analizados estadísticamente mediante el programa R-Sigma.

Resultados. De los 300 pacientes, la edad media fue de 72.35 años (71.01-73.68). El índice de Barthel basal fue de 86.34 (81.27-91.40), al ingreso 73.32 (69.64-77.01) y al alta de 78.77 (75.04-82.49). Los pacientes procedían de urgencias en el 86.56%, centros de salud pertenecientes al área UPPAMI (6.34%), centros de salud no pertenecientes al área UPPAMI (2.98%), unidad de Día (1.11%) y otras procedencias (2.98%). El 46.48% se encontraban en fase diagnóstica no demorable, necesitando ingreso para realización de pruebas o por deterioro en su situación general. El 16.79% son pacientes crónicos que presentan agudizaciones frecuentes o bien que tienen patología crónica persistente. El 16.40% son pacientes pluripatológicos. El 12.5% ingresaron por presentar el llamado síndrome abierto o de difícil clasificación, y el 7.81% por otros motivos. En cuanto a su destino, la gran mayoría eran derivados a su MAP para seguimiento (88.72%). Un 8.64% de los pacientes ingresados falleció. Un porcentaje mucho menor derivado a especialidades quirúrgicas o médicas para su seguimiento. En cuanto a la estancia media, fue de 10.19 días (9.25-11.13).

Discusión. Los pacientes ingresados en las unidades de pluripatología son principalmente pacientes que presentan dos o más patologías o bien presentan patologías crónicas que se complican agudamente. El mayor porcentaje le corresponde a pacientes que tienen un proceso agudo, que no está relacionado con su enfermedad de base, pero que lo debilita y que requiere que sea ingresado para su control y diagnóstico. En este grupo se podría incluir a los pacientes vistos en consulta que necesitan ser ingresados para completar diagnóstico o bien para mejorar su estado general. En cuanto al origen de los pacientes, el tanto por ciento mayor corresponde a pacientes procedentes de urgencias, en parte por la gran carga asistencial de nuestro hospital, pero va aumentando el porcentaje de pacientes que ingresan directamente de los centros de salud de contacto, y de pacientes que ingresan desde unidad de día (consulta y hospital de día). En cuanto a la estancia media, se considera menor que la habitual en los servicios de medicina Interna, ya que cuando es posible se envía al seguimiento por su MAP, que vuelve a entrar en contacto con nosotros cuando el paciente vuelve a requerirlo.

Conclusiones. En nuestro tiempo, es cada vez más frecuente que los pacientes presenten varias patologías que condicionen su estado de salud. La aparición de unidades de pluripatología que dedican atención específica a este tipo de pacientes podría facilitar su manejo y la relación con Atención Primaria. El paciente pluripatológico obliga más que ningún otro a una atención sustentada en la atención integral socio-sanitaria y en la atención compartida entre el nivel especializado y primario.

V-174 ÍNDICE DE BARTHEL COMO MARCADOR DE SITUACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA

A. Moreno, A. Alejano, V. Gracia y J. Medina

Unidad de Pluripatología y Atención Médica Integral.
Servicio de Medicina Interna. 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. La valoración de la situación funcional en los pacientes pluripatológicos es muy útil para identificar su nivel dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Para evaluar la función hemos utilizado el índice de Barthel, que se describe como una medida de capacidad individual para realizar las actividades de la vida

diaria (comer, bañarse, higiene personal y caminar). Cien puntos obtienen las personas que pueden efectuar todas las actividades sin ningún tipo de ayuda. Cuando el paciente tiene un Barthel menor de 55, podemos hablar de una dependencia grave, que dificulta mucho el manejo del paciente pluripatológico, tanto desde el punto de vista de sus enfermedades médicas como de su cuidado. En este trabajo analizamos la situación funcional de nuestros pacientes pluripatológicos, las causas de su dependencia, y el motivo por el cual ingresan. También analizaremos las diferencias entre su situación basal, la del ingreso y posteriormente a su alta, para poder tomar decisiones sobre los cuidados y mejoras que podemos ofrecer a estos pacientes.

Material y métodos. Se han recogido datos en el registro de los 515 pacientes que ingresaron en la UPPAMI desde diciembre de 2004 hasta agosto de 2005. Se han recogido la edad, el motivo de ingreso, sus antecedentes personales, el índice de Barthel basal, al ingreso y al alta, el motivo de su dependencia, el motivo de su ingreso, y las diferencias entre los índices de Barthel. Se han recogido los datos mediante base de datos Filemaker.Pro y analizados mediante el programa de estadística R-Sigma.

Resultados. De la muestra de 515 pacientes, la edad media fue de 71.55 años (70.29-72.82). El IB basal fue de 82 (79.95-84-42), al ingreso de 70 (67.72-73.13) y al alta de 77 (72.76-81.92). El 15% de los pacientes recibieron rehabilitación durante su ingreso. Entre las causas de dependencia que producían disminución en su IB encontramos: enfermedad osteomuscular en el 23.19% (119), enfermedad cardiológica en el 19.49% (100), enfermedad respiratoria en el 16.40% (84), enfermedad neurológica en el 9.17% (47) y dependencia de otro tipo en el 3.50% (18). La mayoría de los pacientes presentaban al menos dos causas de dependencia. El 38.79% ingresó por causas cardiológicas (199), el 35.61% por causas neumológicas, y el 11.17% (57) por causas neurológicas. Pacientes ingresados por causas oncológicas solo el 6.45 (33) y por otras causas el 32.35% (166). Sólo un 37.30% (191) ingresó por empeoramiento de sus enfermedades de base, y el 81.48% de ellos se recuperó de la patología que motivó su ingreso. En cuanto a la diferencia entre los IB, se comprobó que cuando los pacientes ingresaban, su IB disminuía 12 puntos, y cuando eran dados de alta, la diferencia entre su IB y el de disminuía 5 puntos.

Discusión. La situación funcional basal de los pacientes ingresados en UPPAMI se sitúa en un nivel de dependencia leve, empeorando a un nivel moderado cuando ingresan. La mayoría de los pacientes tienen limitaciones debido a enfermedades cardiorrespiratorias, y en el siguiente grupo encontramos a los pacientes con limitaciones físicas debidas a la edad o a enfermedades neurológicas. En cuanto a su IB, al ingresar se produce una caída del mismo probablemente motivada por el proceso agudo, que no siempre está relacionado con un empeoramiento de su situación de base, ya que cuando se resuelve el momento agudo recuperan su situación funcional previa. Esta sigue siendo algo menor que la basal, pero se recupera una vez superada la fase de convalecencia en domicilio. Un porcentaje aún pequeño de los pacientes reciben rehabilitación durante el ingreso, lo que ayuda a que el IB no disminuya tanto y se pueda prácticamente igualar al basal a la hora del alta de estos pacientes.

Conclusiones. Consideramos que el índice de Barthel es un buen marcador funcional en los pacientes pluripatológicos. Poner en marcha medidas durante el ingreso, como la rehabilitación, podría ayudar a mejorar el manejo de estos pacientes, y el Barthel es un buen marcador de evolución.

V-175 REVISIÓN DE LOS CASOS DE ABCESOS HEPÁTICOS EN EL H.G.U.G. ENTRE 1993-2004

S. Tello Blasco, A. Fernández Santos, A. Guerri,
B. Martínez de las Heras, A. Costa y M. Zapata
Medicina Interna. Guadalajara.

Objetivos. Revisión de los casos de abscesos hepáticos, siguiendo el protocolo de la sociedad española de Medicina Interna.

Material y métodos. Revisión de todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático entre 1993-2004 en el Hospital General Universitario de Guadalajara.

Resultados. En el período revisado de 1993 a 2004, se diagnosticaron un total de 16 pacientes con Abscesos hepáticos, con las si-

güentes características: un 56% fueron mujeres. La sintomatología predominante fue el dolor abdominal y la fiebre en un 63%, siendo la fiebre tan predominante como aparecer ella sola en un 94%. Entre los factores de riesgo estudiados de acuerdo con los protocolos de la SEMI, encontramos que en un 37.5% procedía de diseminación hematogena de una infección a otro nivel, un 25% se asocia a inmunodepresión y tan solo un 19% no tenía factores de riesgo conocidos. En cuanto a las técnicas diagnósticas, se realizó TAC en un 100% de los casos, PAAF en un 25%, ecografía 18.75%. Microbiológicamente solo un 44% de los cultivos fueron positivos; siendo el E.coli el más frecuente. El resto de gérmenes hallados fueron Pseudomonas, Brucella, Fusobacterium, Klebsiella, Peptoestreptococo. El tratamiento fue en un 50% de los casos el drenaje con antibioterapia asociada.

Discusión. Exposición de la prevalencia de casos de abscesos hepáticos en nuestro medio, así como las características clínicas, el método diagnóstico y los tratamientos utilizados, respecto a otras series.

Conclusiones. En relación a las series halladas por medline con la palabra clave Abscesos Hepáticos. La prevalencia es más baja en nuestro medio, con menor uso del drenaje quirúrgico como medio de tratamiento. Microbiológicamente y clínicamente los datos se asemejan.

V-176 MANEJO DE LA AGUDIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO Y ESTEROIDE

J. Barquero Romero¹, E. Bobadilla Sánchez², S. Briones Puerto², A. García Rebollo¹ y M. Pérez Miranda¹

¹Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. ²Atención Primaria. Unidad Docente. Badajoz.

Objetivos. Conocer el manejo terapéutico antibiótico y antiinflamatorio de las agudizaciones de la EPOC en condiciones de práctica clínica habitual en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS).

Material y métodos. Se revisaron las Historias Clínicas Hospitalarias de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de EPOC agudizado entre el 1/Enero/2001 a 31/Diciembre/2002 del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial de Badajoz (actual Hospital Perpetuo Socorro). Se recogieron las variables demográficas, comorbilidad, grado de obstrucción, manifestaciones clínicas de la agudización y tratamiento administrado en el primer nivel asistencial. Se realiza un análisis descriptivo y se utilizan el test de la t de Student y el test de la Chi-cuadrado para comparaciones entre variables. Se ha considerado una diferencia significativa una $p < 0,05$. Software G-stat[®].

Resultados. De los 301 informes válidos se obtuvieron, por selección aleatoria 2:1, 151 episodios, correspondientes a 124 varones (82,2%; IC 95% 75-87) y 27 mujeres (17,8%; IC 95% 12-25). Edad media de 72,2 años (IC 95% 70,4-74). Estancia media hospitalaria fue de 9,2 días (IC 95% 8,3-10,2). Según la clasificación GOLD, presentaban un patrón espirométrico muy grave 2 pacientes (2%), grave 22 (20,75%), moderado 80 (75,5%) y leve 2 (2%). Patologías concomitantes: HTA 46%, DM 26%, cor pulmonale 11%, insuficiencia cardíaca 18% y cardiopatía isquémica 8%. El 11% (IC 95% 6-17) en programa de Oxigenoterapia crónica domiciliar. Un 8% corticodependientes. 89 pacientes (59%, IC 95% 50-67%) habían sido atendidos a nivel de APS, mientras que 62 pacientes (41%, IC 95% 33-49) acudieron al hospital sin haber sido vistos en APS. La sintomatología referida fue: aumento de la disnea (84,8%), cambios en la tos (64,6%) y cambios en la expectoración (61,2%). Fiebre 17,7%. Condensación radiológica el 19,2% (IC 95% 13-26). El número medio de días de clínica fue de 5,6 días (IC 95% 4,9-6,4). Habían recibido tratamiento antibiótico ambulatorio 67 pacientes (43,4%; IC 95% 34-51), siendo del 70% (IC 95% 60-80) en los pacientes vistos en APS. Encontramos que los pacientes que acuden por cuenta propia lo hacen antes que los que sí son derivados desde APS (vistos en APS 6,5, no vistos en APS 4,1; $p < 0,002$), siendo menor la estancia media para estos últimos (vistos en APS 8,1; no vistos en APS 9,3; $p < 0,06$). La estancia media fue

inferior para los pacientes que recibieron tratamiento antibiótico ambulatorio con respecto a los que no lo recibieron (8,1 vs 9,6, respectivamente). Los antibióticos utilizados, por grupos terapéuticos fueron: macrólidos 35%, cefalosporinas 28%, amoxicilina-clavulánico 22% y quinolonas 15%. El número medio de días de tratamiento antibiótico ambulatorio fue de 3,3 días (IC 95% 2,2-4,8). La vía oral fue utilizada en el 89,3% y la intramuscular en el 10,7%. Esteroides sistémicos los recibieron 13 pacientes (10,4%; IC 95% 5-16).

Discusión. Los pacientes que ingresan por agudización de EPOC son de edad avanzada y tienen asociados con mucha frecuencia otros procesos crónicos graves. Un elevado porcentaje de estos pacientes ingresan en el Hospital sin haber sido valorados en el primer nivel asistencial. El uso de antimicrobianos se ajusta a los consensos, pero los esteroides sistémicos son poco utilizados.

Conclusiones. Una potenciación de la APS en la asistencia a los pacientes que presenta agudización de EPOC creemos que revertiría en el bienestar de los pacientes y en la eficiencia del sistema sanitario.

V-177 MUJER DE 62 AÑOS CON LESIONES CEREBRALES T. Álvarez de Espejo Montiel, I. Perales Fraile, V. Masip Marzá, I. Espert Rodríguez, E. Muñoz Rubio, T. Martín Martín, N. Escamilla Fernández y A. Duca

Medicina Interna. Clínica de Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Estudio de mujer de 62 años con antecedentes de: Fumadora 4 cig/d, Ulcus duodenal con erradicación de H.Pylori, S.depresivo, LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA B estadio 0 diagnosticada en enero 2004 por linfocitosis periférica como hallazgo casual. (estable con 8000 linf). Dos brotes de eritema en surcos submarios, ingles y axilas tratado con corticoides por dermatólogo. Acude a urgencias por: Cuadro brusco de dificultad para la marcha, arrastrando pie izquierdo, mano torpe izquierda y alteración del equilibrio. EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DESTACA: claudicación distal MSI y MII, fuerza 4/5 distal MSI, flexión rodilla y cadera izda 4/5, Romberg + a la izda, marcha inestable arrastrando MII

Material y métodos. TC CRANEAL. Al menos 4 lesiones captantes de contraste, 2 en cada hemisferio, que presentan edema vasogénico asociado sugestivo de Metastasis cerebrales. RM CRANEAL. Lesiones en la profundidad de ambos hemisferios que afectan a la región central y sobre todo al rodete del cuerpo caloso. Afectación de espacios perivasculares en la sustancia blanca parietal y frontal dchas. Importante refuerzo tras la administración de Gadolinio. Existen focos subcorticales, destacando en lóbulo frontal derecho. No refuerzo meningeo. Efecto de masa reducido. PUNCIÓN LUMBAR. Líquido cristalino: 6 células, gluc 76, prot 44. Citologías: Neg TC TORACO-ABDOMEN: estudio extensión negativo. Estigmas TBC GG-GALIO: no captación SEROLOGÍA VIH: negativa SEROLOGÍA EBV: IgG + INMUNOGLOBULINAS dentro del rango de la normalidad. PROTEINOGRAMA sin evidencia de banda monoclonal. Beta2-microglob. 1.3 ASPIRADO DE MEDULA OSEA. Celularidad aumentada. Serie mielóide: 50% células linfoides tamaño pequeño/intermedio con algún nucleolo y escaso citoplasma. Sugestivo de infiltración por linfoma de bajo grado/SLC. EI.Q. Población neoplásica CD20+. No se ha conseguido demostrar expresión de CD5 y CD23. Citometría de flujo en M.O: CD19+/CD5+ 54% (kappa 91%).

Resultados. Biopsia cerebral estereotáctica: Linfoma difuso de células B grandes (morfolología parainmunoblástica): SÍNDROME DE RICHTER.

Discusión. La LLC es más frecuente en hombres (1,7/1). Suele ser CD5+ en MO (la paciente es CD5-) La LLC se transforma en S.Richter en 3-5% de los casos y es más frecuente en gente más joven (< 55a). Suele ocurrir cuando la LLC presenta factores de mal pronóstico citogénéticos que nuestra paciente no presentaba. Se da en general en estadios más avanzados de LLC (Nuestra paciente estaba Estadio 0 de RAI) También aumenta el riesgo de transformación con la quimioterapia (Nuestra paciente no había recibido) El S.Richter suele presentarse con afectación nodal. La afectación extranodal es poco frecuente y muy excepcional la presentación única en SNC. (Hay sólo 7 casos descritos) Cuando afecta a SNC suele ser afectación meníngea, raro parenquimatoso. Resonancia craneal.

V-178
ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO EN COSTA Y CONDADO DE HUELVA

M. del Castillo Madrigal, Y. Abu el Wafa, M. Pérez Ramos, A. Benavente, J. Ramos Clemente, E. García González, M. Romero Jiménez y A. Barrios Merino
Medicina Interna. Infanta Elena. Huelva.

Objetivos. La Enfermedad por Arañazo de Gato (EAG) es una enfermedad infecciosa producida por *Bartonella henselae*, bacteria gram (-) de crecimiento lento en cultivos habituales. Se transmite al hombre por medio de arañazo o mordedura de gatos. Más común en niños y adultos jóvenes produciendo linfadenopatía locoregional subaguda en relación a la zona de inoculación. Hasta el 10% de los casos descritos presentan formas complicadas (osteomielitis, endocarditis, hepatitis, etc.). Pretendemos conocer las características epidemiológicas de esta enfermedad en adultos en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de EAG en el Hospital Infanta Elena que cubre la población del condado y costa de Huelva, aproximadamente 160.000 habitantes. período estudiado: de Junio de 1998 hasta Julio de 2004. Pacientes incluidos: todos los pacientes, mayores de 12 años, a los que se les realizó, en dicho período, inmunofluorescencia indirecta para *B. henselae*. De estos se seleccionaron los que tuvieron serología positiva > 1/128, estando además apoyados por: una clínica compatible, historia de contacto con gatos y arañazos o mordiscos, biopsia ganglionar con hallazgo de inflamación granulomatosa, serología y cultivos negativos para otros agentes infecciosos.

Resultados. 137 pacientes tenían serología realizada para *Bartonella henselae* durante el período estudiado. De éstos 26 eran Ig G > 1/128. Sólo 11 (42,3%) tenían Ig M (+) en el momento del diagnóstico. La mediana de la edad era 23 años. 69,2% eran varones. características epidemiológicas: 61,5% de los casos se produjeron en meses cálidos, sólo el 50% refirieron contacto con gatos. Características clínicas: 65,3% presentaron linfadenopatía regional. 11,5% de los casos eran VIH (+), sin presentar sintomatología específica de *Bartonella* en inmunodeprimidos. 19,2% se presentaron como fiebre de larga evolución. La duración media de la fiebre fue de 33 días. Otros síntomas que se presentan en los pacientes con fiebre de larga evolución son: adenopatías 1/5, escalofríos y sudoración 3/5, dolor en HCD 1/5. 1(3,8%) sacroileítis en gestante de 23 años. 1 caso presentó condensaciones pulmonares en zona posterobasal y adenopatías subcarinales sin mostrar síntomas respiratorios. De los pacientes con EAG típica sólo el 17,64% requirieron ingreso hospitalario y el 23,5% de estos pacientes requiere tratamiento antibiótico. El 100% de los pacientes con fiebre de larga evolución son ingresados para estudio. Y el 40% de éstos precisa tratamiento antibiótico. Todos evolucionan favorablemente quedando asintomáticos.

Discusión. La EAG se presenta más frecuentemente en niños y adultos jóvenes. Sin embargo es un cuadro importante a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de adenopatías subagudas y fiebre de larga evolución en adultos. El contacto con gatos es un dato epidemiológico esencial pero que no siempre puede recogerse por la larga evolución del cuadro. En nuestro caso sólo el 50% lo refirieron. La incidencia real es desconocida aunque se estima en 1,9 a

9,3 casos /100.000 habitantes y año. En nuestra serie presentamos 26 casos a lo largo de 6 años. La mayoría de los casos permanecen sin diagnosticar dado lo inespecífico y benigno del cuadro. Tiene presentaciones atípicas en un 10% de los casos y aproximadamente el 2% se complican. Las lesiones óseas asociadas a EAG son infrecuentes y ocurren en 0,3% de pacientes. En la presentación típica la utilización de antibióticos depende del tamaño y evolución de las adenopatías y de si el paciente presenta dolor u otras molestias. En las presentaciones atípicas se suele utilizar antibioterapia en todos los casos.

Conclusiones. Con los conocimientos actuales es conveniente considerar la infección por *B. henselae* como una zoonosis probablemente frecuente en la población, cuya expresión clínica difiere según el estado inmunitario del individuo infectado. La presentación atípica puede tener una gran variabilidad clínica lo que dificulta el diagnóstico. Debe sospecharse EAG por exclusión de otras etiologías habituales y por el antecedente epidemiológico de contacto y/o rasguño de gato, con o sin lesión de inoculación primario.

V-179
VALORACIÓN DE LOS ÍNDICES DE GRAVEDAD SOFA, SAPS II, APACHE II Y PORT COMO PREDICTORES DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA AGUDA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Jorge Sánchez, L. Corral Gudino, J. García Aparicio y J. Herrero Herrero
Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Los Montalvos. Salamanca.

Objetivos. Valorar el comportamiento de distintos índices de gravedad como predictores de mortalidad intrahospitalaria, duración del ingreso y reingreso a los 30 días en pacientes ingresados por patología respiratoria aguda (bronquitis aguda, asma bronquial, exacerbación de EPOC, neumonía).

Material y métodos. Pacientes: 391 pacientes consecutivos, no seleccionados, ingresados en nuestro servicio con los diagnósticos mencionados. En todos ellos se calcularon los índices de gravedad SOFA, SAPS II, APACHE II y PORT en las primeras 24 horas tras el ingreso. Método estadístico: Para valorar la asociación de cada uno de los índices de gravedad y las variables «probabilidad de muerte» y «probabilidad de reingreso» se realizaron regresiones logísticas estableciendo la Odds Ratio (OR) para cada test y su significación (estadístico de Wald), así como el valor del test de Hosmer-Lemeshow para conocer la bondad de ajuste del modelo. Se construyeron curvas ROC para valorar la capacidad predictiva de cada uno de los índices. En el caso de la «duración de la estancia» se realizaron correlaciones con los distintos índices, estableciéndose modelos de regresión lineal en caso de que la correlación fuese significativa.

Resultados. Los cuatro índices de gravedad estudiados estuvieron relacionados con la mortalidad de los pacientes durante el ingreso (tabla 1), pero su potencia para predecir la probabilidad de muerte fue baja. Respecto a la probabilidad de reingreso, sólo el SOFA y el PORT demostraron una correlación estadísticamente significativa (tabla 2), aunque el ajuste del modelo fue malo en el caso del SOFA

Tabla 1. Mortalidad. (V-179).

| Índices de gravedad | Coef. | Err. est. | Wald (sig) | OR | IC 95% | Área bajo curva (ROC) | IC 95% |
|---------------------|-------|-----------|------------|------|-----------|-----------------------|-----------|
| SOFA | 0.42 | 0.11 | 0.001 | 1.5 | 1.2-1.9 | 0.69 | 0.59-0.80 |
| SAPS II | 0.10 | 0.02 | 0.001 | 1.1 | 1.06-1.15 | 0.75 | 0.68-0.83 |
| APACHE II | 0.15 | 0.03 | 0.001 | 1.2 | 1.09-1.24 | 0.73 | 0.64-0.83 |
| PORT | 0.02 | 0.01 | 0.001 | 1.02 | 1.01-1.03 | 0.67 | 0.58-0.77 |

Tabla 2. Reingreso. (V-179).

| Índices de gravedad | Coef. | Err. est. | Wald (sig) | OR | IC 95% | Área bajo curva (ROC) | IC 95% |
|---------------------|-------|-----------|------------|------|-----------|-----------------------|-----------|
| SOFA | 0.19 | 0.94 | 0.05 | 1.2 | 1.01-1.45 | 0.61 | 0.53-0.69 |
| PORT | 0.01 | 0.01 | 0.008 | 1.01 | 1.01-1.02 | 0.63 | 0.54-0.71 |

y, al igual que en el caso anterior, la capacidad predictiva fue baja en ambos. Ninguno de los índices de gravedad mostró relación con la duración del ingreso.

Conclusiones. Las puntuaciones de los índices de gravedad analizados se asocian a la probabilidad de muerte hospitalaria en pacientes con patología respiratoria aguda en un servicio de Medicina Interna, aunque su baja capacidad predictiva hace recomendable la utilización de otras herramientas con este fin.

V-180 VALORACIÓN NUTRICIONAL EN LA EPOC, ANÁLISIS POR IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA

A. Castuera Gil¹, E. Calvo Lasso de la Vega², G. Cuevas Tascón¹, C. Pérez de Oteyza³ y C. Gilsanz Fernández¹

¹Medicina Interna I, ²Medicina Interna II, ³Medicina Interna IV. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Determinar la prevalencia de malnutrición (definido tanto desnutrición como sobrepeso-obesidad) entre los pacientes con EPOC y establecer la relación existente entre la presencia e intensidad de malnutrición y la gravedad de la EPOC.

Material y métodos. Se incluyeron pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico principal de EPOC. Se recogieron antecedentes personales, causa del ingreso, espirometría, peso, talla, IMC, medidas antropométricas, perímetros e índice cintura-cadera. Se analizó su composición corporal por bioimpedancia eléctrica con un analizador portátil multifrecuencia que evalúa: masa grasa, magro, agua corporal total, intra y extracelular, índice meta, densidad corporal y otros datos de laboratorio: albúmina, proteínas y otros. Se agruparon los pacientes según gravedad de la EPOC (Grupo 1: Severos, con FEV1 < 30% y CFV < 40; Grupo 2: FEV1 > 30% y CFV > 40). El período de estudio se abarcó desde Enero hasta Abril de 2005. Se realizó análisis estadístico mediante SPSS 11.5.

Resultados. Se analizaron 40 pacientes, 30 varones (75%); Edad media de la muestra fue de 71 años (Desviación típica 8.8), en el Grupo 1 fue de 68 años (8.4) y en el Grupo 2 de 73 años (8.6); El porcentaje de bronquíticos crónicos fue del 77.5%, mientras que de enfisematosos fue del 17.5%; la causa principal del ingreso fue la infección respiratoria no consolidativa con un 82.5%; Existiendo una igualdad en el número de severos frente a los no severos (47%). Se clasificó a los pacientes en las diferentes categorías según el Índice de Masa Corporal: Normopeso, Sobrepeso, Obesidad, Obesidad Morbida, Desnutrición. Se encontró un elevado porcentaje de sobrepeso-obesidad (60%) y un 15% de desnutrición. Encontrándose diferencias estadísticamente significativas en el IMC, índice cintura-cadera, que presentaban valores inferiores en el grupo de los EPOC severos. Así mismo se encontraron estas mismas diferencias en los datos obtenidos por bioimpedancia, sin embargo en los datos obtenidos por laboratorio no mostraban diferencias estadísticas entre ambos grupos.

Discusión. La valoración del estado nutricional se ha llevado a cabo mediante la combinación de técnicas antropométricas, bioquímicas y por bioimpedancia, lo que permite garantizar la información obtenida, ya que en caso contrario, la alteración aislada de alguno de estos parámetros podría inducir a error en la valoración final. Actualmente no existe ninguna medida única que sea un buen marcador antropométrico. Se confirma en este estudio la alta prevalencia de sobrepeso u obesidad en los pacientes con EPOC, esto coincide con otros estudios realizados previamente. La obesidad es un trastorno frecuente en los EPOC tipo bronquitis crónica en fases no muy avanzadas de la enfermedad, presentando estado de desnutrición a medida que aumenta la severidad de la enfermedad. Se vuelve a comprobar además que el estado de enfisematoso presenta mayor desnutrición y el sexo femenino presenta IMC dentro del grado de obesidad-sobrepeso. Se concluye que existe una deplección de la masa grasa, del músculo y grasa visceral a medida que aumenta la severidad del EPOC, la causa está en la propia fisiopatología de la enfermedad, en el tipo de medicación. Este estudio coincide con otros publicados de las mismas características, si bien la diferencia es que el uso de la bioimpedancia ha demostrado ser fiable para la determinación de la masa grasa y la masa libre de grasa y obtener datos más exactos.

Conclusiones. La malnutrición en los pacientes con EPOC es muy elevada (75%) con un 15% de desnutrición. Obseándose un au-

mento de la desnutrición en relación con la gravedad de la EPOC, sobre todo a nivel de compartimento muscular, proteico y graso; A pesar de todo, se observa una prevalencia muy elevada de sobrepeso en los pacientes con EPOC y en la población ingresada esto implica que la obesidad es, hoy día, un problema de salud importante en los países desarrollados.

V-181 ANEMIA FERROPÉNICA EN UNA POBLACIÓN RURAL DE LA PROVINCIA DE GRANADA

A. Rodríguez Cuartero¹, A. Salas², D. Vinuesa García¹, R. Ríos Fernández¹, A. Peña Monje³, G. Biosca Echenique¹, I. Aomar Millán¹ y F. Pérez Blanco¹

¹Medicina Interna, ²Hematología, ³Microbiología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de la anemia ferropénica en una población rural de Granada.

Material y métodos. Se estudiaron 854 sujetos de la región del Valle de Lecrín en la provincia de Granada, de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 14 y 82 años. El número de varones era de 391 y de mujeres 463; (45,78% y 54,22%) respectivamente. En todos los enfermos se realizó historia clínica; examen hematológico en el coulter-counter, y en todos los casos de microcitos o anemia microcítica se determinó el hierro, niveles de transferrina y ferritina en suero. También se realizó electroforesis de hemoglobina para evaluar la Hb A2. Se investigaron las causas mediante la historia y exploración física, y cuando se estimó necesario, estudios radiológicos, endoscópicos y ginecológicos. Como criterio de anemia ferropénica se establecieron niveles por debajo de 13,5 g/dl en varones y 12,5 g/dl en mujeres.

Resultados. Se detectaron 33 casos de anemia ferropénica distribuidos de la forma que se muestra en la tabla 1. La muestra estudió una población rural de un país desarrollado; apareciendo anemia ferropénica en el 3,86% de la población estudiada (33 casos) siendo aproximadamente el doble de frecuente en las mujeres (4,97%) que en los varones (2,56%). Se investigaron las causas; siendo las pérdidas digestivas (7 casos) y la malnutrición y estados carenciales (3 casos) las más frecuentes en el varón y las pérdidas genitales (15 casos), digestivas (4 casos) y malnutrición (4 casos), las más frecuentes en la mujer.

Discusión. La anemia ferropénica es una de las patologías de mayor prevalencia en el mundo. Hasta el 15% de la población mundial puede tenerla aproximadamente, aunque existen oscilaciones muy grandes en relación con la edad, sexo, tipo de población estudiada (rural o urbana), nivel socio-económico, etc. Proporciones similares a las de nuestra región han sido comunicadas en otras regiones españolas. **Conclusiones.** La anemia ferropénica es una entidad muy prevalente en Granada al igual que en el resto del mundo. Es más frecuente en mujeres que en varones y la etiología puede ser diferente dependiente del sexo; como se ha descrito en otras series.

Número de casos y porcentaje distribuido por sexos.

| | Nº total de casos estudiados | Casos de A. ferropénica | Porcentaje |
|---------|------------------------------|-------------------------|------------|
| Varones | 391 | 10 | 2,56 |
| Mujeres | 463 | 23 | 4,97 |
| Total | 854 | 33 | 3,86 |

V-182 PERFIL CLÍNICO DE NUESTROS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO EN PACIENTES MENORES DE 20 AÑOS

E. Molano

Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas. Medicina Interna. Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Objetivos. Analizar la frecuencia y el perfil clínico de los pacientes con LES y debut en edad inferior a 20 años de la cohorte de pa-

cientes diagnosticados de LES y en seguimiento en la consulta de enfermedades sistémicas y autoinmunes.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas de un total de 81 pacientes con LES de dicha consulta, en un período de tiempo comprendido entre 1996-2005. Análisis de datos mediante estadística descriptiva simple.

Resultados. 1) Total de casos menores de 20 años: 10 pacientes -- 12,5% de la cohorte total de LES. 2) Sexo: 100% mujeres. Edad media al diagnóstico: 15.5 años. 3) Sólo 1 de ellos tenía antecedente familiar de Enf. Autoinmune (lupus discoide). 4) 50% de los pacientes (5/10) tenían coexistencia con otra Enf. Autoinmune: 2 tiroiditis de Hashimoto, 1 Psoriasis, 1 Sd Sjögren 2º y 1 SAF 2º. 5) La presentación clínica del debut fue: Fiebre 3/10, Fotosensibilidad 2/10, Rash malar 5/10, Renal 2/10, Articular 6/10, Aftas 3/10, Paniculitis 1/10, Raynaud 1/10, Otras lesiones cutáneas 1/10, Manifestaciones pulmonares (pleuritis) 1/10, Alteraciones hematológicas 4/10, Adenopatías 1/10 y afectación SNC 1/10. 6) El número de brotes total de los 10 pacientes = 47, con un nº medio de brotes por paciente de 4.7 (considerando leves 22, moderados 11 y graves 4). 7) El número de ingresos durante la evolución de los 10 pacientes fue de 20 con una media de 2.5 ingresos/paciente. 8) Las manifestaciones clínicas más frecuentes en los brotes fueron: aftas orales 40%, cutáneas 80%, articulares 70%, fiebre 60%, afectación renal 20%, astenia 100%, alteraciones hematológicas 80%, pulmonar 10%, pericardio 10%, manifestaciones del SNC 20%, adenopatías periféricas 10%. 9) De los 47 brotes, en 36 de ellos supusieron un cambio de tratamiento, en los restantes se registraron manifestaciones leves. 10) El perfil inmunológico: 100% de los pacientes eran ANA + a títulos altos en algún momento de la evolución. El patrón predominante: homogéneo 30%, moteado 30% y ambos 40%. El 70% no positivizaron DNA. Anti-ENAs: Sm + 30%, Ro+ 30%, La + 30%, RNP+ 10%. Durante los brotes existía tendencia al consumo de complemento en un 70% de los casos. En un 40% existía Anticardiolipina + (IgG en el 90% de ellos), mientras que anticoagulante lúpico y B2-GP11 + en sólo 1 caso del total. 11) Los tratamientos más frecuentes empleados fueron: Corticoides (> 15 mg/2 4h) = 90% de los pacientes con una media de 29 meses de duración. Azatioprina 60% con una media de 37.8 meses. Antipalúdicos 80% con media de 42.6 meses, Ciclofosfamida en pulsos mensuales en 30% con media de 12.2 meses, Ciclosporina 20% con media de 11.5 meses, Metotrexate 10% con media de 24m y AAS en el 60%. Sólo 2 pacientes han requerido tto con Ig y 3 Anticoagulación oral en algún momento de su evolución. 12) Los efectos secundarios registrados: Sd Cushing 30%, foliculitis corticoidea 10%, leucopenia 2ª Cf 10%, estriás corticoideas 30%, hepatotoxicidad 2ª AZA 10% e hiperglucemia 2ª esteroides 10%. 13) Complicaciones crónicas detectadas: 1 caso de DM tipo 2 con ingresos por CAD y 1 paniculitis calcificante. El grado de lesión orgánica irreversible tras la evolución en nuestra serie, medido por el índice SLICC/ACR fue de un valor medio de 0.1 14) La cumplimentación del tto ha sido en 2 casos regular y en el resto buena, con un seguimiento del 100%.

Conclusiones. 1) En la experiencia de nuestra consulta, los pacientes diagnosticados de LES en edad juvenil, presentan al igual que se observa en otras series, presentación y comportamiento más agresivo, detectándose mayor frecuencia de afectación renal y SNC, comparado con el resto de población lúpica. 2) Sin embargo, su inicio más agresivo y precoz no ha repercutido en el daño orgánico irreversible de nuestros pacientes, gracias a un manejo eficaz e intenso de los brotes.

V-183 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

A. Sánchez Rodríguez, M. Sánchez Ledesma, I. Cruz González, I. Sánchez Santamaría, J. Alaez Cruz, E. Puerto Pérez, A. Antoli Arroyo y P. Miramontes
Medicina Interna 1. Hospital Universitario de Salamanca.
Salamanca.

Objetivos. Determinar la incidencia de pacientes con el diagnóstico de Síndrome de vena cava superior (SVCS) al alta, en un Hospital de tercer nivel. Analizar la etiología, clínica de presentación y opcio-

nes terapéuticas. Valorar el grado de supervivencia. Analizar las complicaciones y mortalidad en el seguimiento

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal retrospectivo de los pacientes diagnosticados de SVCS durante el período comprendido entre Enero 2004-Julio 2005 (n = 42). Variables: Edad, sexo y tabaquismo. Etiología con estudio de tipo de tumor, estadiaje y terapéutica y relación de otras causas. Clínica de debut al ingreso: Cianosis, disnea, tos, edema en esclavina, circulación colateral, ingurgitación yugular. Meses desde el diagnóstico a la presentación del SVCS. Tratamiento recibido tras el diagnóstico sindrómico. Supervivencia libre de enfermedad, supervivencia global, exitus. Complicaciones. Las variables cuantitativas se expresaron como medias ± desviación standard y las variables cualitativas como proporciones.

Resultados. Durante el período estudiado 40 pacientes presentaron SVCS, la media en edad fue del 61,1% (± 14,7, rango 19,85), el 30% fueron mujeres. El 77,5% habían sido fumadores. En 11 de los 40 pacientes la primera manifestación del tumor fue el SVCS. El síntoma y el signo más frecuente fueron respectivamente la disnea (80%) y la ingurgitación yugular (90%). La etiología fue tumoral en un 95%, destacando el carcinoma pulmonar (35% carcinoma microcítico, 17,5% epidermoide, 12,5% adenocarcinoma). De los pacientes con Ca. microcítico de pulmón sólo el 47% presentaban estadio limitado. Del resto de pacientes con etiología tumoral maligna el 48% tenían metástasis en el momento del diagnóstico del síndrome y el 51,8% tenían ganglios positivos. La etiología fue no tumoral en un 5%, siendo la causa benigna más frecuente la trombosis con un 12,5% (incluyendo pacientes con trombosis debido a reservorio (5%) y por marcapasos (2%)) El 30% recibió QT, el 12% RT y el 42,5% RT+QT, sin discriminar si la RT fue un tratamiento para el tumor principal o para el tratamiento urgente del SVCS. El 75% recibió heparina de bajo peso molecular. Complicaciones (70%): La más importante para la terapéutica del SVCS es el estridor, 7 de los 40 pacientes estudiados lo presentaron administrándoles radioterapia urgente. También neutropenia (16%), ICC (12,5%), infección respiratoria en 6 pacientes (15%), el resto de complicaciones que se presentaron en un 2,5% respectivamente fueron: ACVA no tumoral, GEA, HDA, herpes zoster, neutropenia en ADVP, TEP, trombopenia, trombosis por reservorio, tuberculosis, TSVP y TVP. La esperanza de vida media fue de 8,5 meses +/- 10,2 desde el diagnóstico del síndrome. De los 40 pacientes el 55% fallecieron.

Discusión. El SVCS ha sido durante mucho tiempo considerado un cuadro urgente que precisaba RT, incluso antes de poseer un diagnóstico histológico de la neoplasia causante. Este concepto en la actualidad ha cambiado y rara vez estará justificado la RT urgente sin conocer la etiología, ya que la poliQT puede jugar un papel incluso curativo pese a la presencia de SVCS.

Conclusiones. La causa más frecuente es el Cáncer de Pulmón, especialmente la variedad CPCP. Otras etiologías suelen requerir factores inductores (intravasculares, RT, etc) y sólo un caso fue de causa infecciosa. La RT urgente está indicada en presencia de estridor. En tumores muy quimiosensibles la QT constituye el tratamiento esencial.

V-184 QUIMIOTERAPIA CON O SIN RITUXIMAB EN LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES (ESTUDIO DE 75 PACIENTES)

J. Alonso Alonso, A. Cánovas Fernández, G. Barreiro García y C. Aguirre Errazti
Medicina Interna. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

Objetivos. Siendo indiscutible el impacto positivo de Rituximab (anticuerpo monoclonal anti-CD20) en el tratamiento del linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) se ha puesto en cuestión su eficacia en algunos subgrupos de pacientes. Pretendemos evaluar la repercusión en remisión y supervivencia de la adición de Rituximab a quimioterapia estándar en LBDCG en una serie no seleccionada de pacientes.

Material y métodos. Estudio comparativo de respuesta, tiempo hasta fallo del primer tratamiento (por recaída, muerte o cambio de terapia por toxicidad, intolerancia o progresión) y supervivencia entre los pacientes con LBDCG tratados en nuestro servicio desde enero-98 a marzo-02, cohorte histórica (CH), con quimioterapia tipo CHOP y los tratados desde abril-02 a mayo-05 asociando Rituxi-

mab a quimioterapia similar(R-QT).Se excluyen pacientes en estadio I sin factores pronósticos desfavorables. Métodos estadísticos: t de Student, χ^2 , tablas de supervivencia de Kaplan-Meier y log rank test.

Resultados. Se incluyen 75 pacientes, 40 en el primer período(CH) y 35 en el segundo(R-QT).No hubo diferencias significativas en la distribución por sexos(paritaria en el grupo CH;21 mujeres y 14 hombres en R-QT) ni edad(media:61 años) como tampoco en los estadios clínicos(1-2 frente a 3-4:13/22en R-QT y 13/27 en CH;12 A y 23 B en R-QT y 20/20 en CH) o distribución por el índice pronóstico internacional(0-2/3-5:16/19 en R-QT frente a 15/25 en CH). La proporción de pacientes con remisión completa(incluyendo aquellos con residuo inactivo) fue superior en el grupo de R-QT(94% frente a 70%)($p < 0,01$).La probabilidad de supervivencia sin fallo del primer tratamiento a dos años ha sido de 87% en el grupo R-QT frente a 46% en la CH ($p:0,001$). La mediana de supervivencia no se ha alcanzado en ninguno de los dos grupos, siendo la probabilidad de supervivencia a los dos años de 63% en el grupo sin Rituximab (con 3,7 años de mediana de observación de los pacientes vivos) frente a 86% en el grupo R-QT(con mediana de observación de 1,8 años) ($p: 0,06$).

Discusión. Los estudios aleatorizados multicéntricos son proclives a sesgo de selección, incluyendo menos pacientes de mayor edad por estar afectados de alguno de los motivos de exclusión. Por ello puede ser discutible la generalización de sus conclusiones. En el estudio de GELA en mayores de 65 años se confirma a los cinco años la diferencia de resultados favorable al grupo tratado con Rituximab, pero las diferencias han sido menos evidentes en otros estudios randomizados.Se ha indicado que en pacientes con factores pronósticos desfavorables la adición de Rituximab podría no aportar ningún beneficio. En un estudio poblacional canadiense se evaluó el efecto de Rituximab comparando los resultados de quimioterapia en los períodos previo y posterior a la introducción de Rituximab constatándose una diferencia en torno al 20% a los dos años en la supervivencia sin progresión (71% frente a 51%) y supervivencia global (77 frente a 53%), favorable a los tratados con rituximab y quimioterapia. Los resultados observados en dos grupos no seleccionados de pacientes tratados en nuestro servicio, con características similares y en períodos de tiempo cercanos, resultan paralelos a los del estudio canadiense.

Conclusiones. Se comprueba en nuestros pacientes la superioridad de Rituximab añadido a quimioterapia estándar frente a quimioterapia clásica tanto en la proporción de respuesta como en su duración, así como mayor supervivencia, próxima al nivel de significación estadística. No obstante se precisa mayor tiempo de seguimiento para confirmar si las diferencias observadas, en porcentaje de respuesta y duración se mantienen, así como para ratificar la mayor supervivencia del grupo de inmunquimioterapia.

V-185

PATERAS, ¿EMBARCACIONES DE LA ESPERANZA?

L. Calvo Hernández, R. Bautista Salinas, M. Suárez Cabrera, A. Martín Sánchez, J. Rodríguez Ramírez, R. Pizarro Zynni, P. Peña Quintana y J. Gómez Díaz
Medicina Interna. Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Las Islas Canarias son un puente entre África y Europa. La inmigración ilegal viaja en condiciones infrahumanas, permaneciendo inmobilizados en posición fetal durante la travesía. En caso de naufragio, la mayoría pierden la vida. Nuestro objetivo es determinar las patologías prevalentes en estos inmigrantes que sufren naufragio.

Material y métodos. Aportamos 4 pacientes encontrados en una embarcación a la deriva en la costa sur de Gran Canaria tras 10 días sin recibir alimentos ni agua. Eran de raza negra, procedían del África subsahariana y con edades entre los 18 y 33 años. Sin antecedentes de interés. A la exploración presentaban mal estado general, debilidad muscular, signos de deshidratación e hipotermia.

Resultados. En la analítica inicial se objetivó hipernatremia, fallo renal y acidosis metabólica (tabla 1). Los valores de creatinin-quinasa (CK) al ingreso estaban elevados, aumentando hasta alcanzar el pico máximo entre el 3º-4º día del ingreso (tabla 2). Tras tratamiento

con sueroterapia y bicarbonato, evolucionaron favorablemente, estando al alta asintomáticos y con parámetros analíticos normales.

Discusión. Los casos descritos presentan en común la deshidratación hipernatremia severa secundaria a la falta de ingesta y toma de agua salada, y a las condiciones climáticas adversas; insuficiencia renal prerrenal y cifras elevadas de CK. Las causas más frecuentes de rhabdmiolisis son: traumatismos, cirugía, convulsiones e inmovilización. Es un síndrome clínico-biológico secundario a la necrosis muscular y liberación plasmática de sustancias de las células musculares esqueléticas. Los mecanismos de destrucción celular son: a) daño directo sobre la membrana celular (aplastamientos, traumatismos, etc); b) hipoxia y disminución de adenosín trifosfato (ATP) intracelular (condiciones de anaerobiosis) y c) trastornos electrolíticos que alteran la bomba de Na^+K^+ de las células musculares (hipernatremia, hipopotasemia, etc).

Conclusiones. La hipernatremia, sobre todo en los casos severos, se asocia a alta mortalidad, siendo la rhabdmiolisis una complicación infrecuente y grave. Debemos destacar que los niveles máximos de la CK se alcanzaron una vez resuelta la hipernatremia. Este hallazgo ha sido descrito en pocas ocasiones, y su mecanismo de producción no está del todo claro.

Tabla 1. Valores analíticos.

| | Sodio (mM/l) | Cloro | Urea (mM/l) | Creatinina (mg/dl) | HCO ₃ (mg/dl) | pH (mM/l) |
|------------|--------------|-------|-------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Paciente 1 | 176 | 147 | 335 | 3.13 | 13 | 7.22 |
| Paciente 2 | 164 | 130 | 184 | 1.72 | 19 | 7.26 |
| Paciente 3 | 184 | 100 | 158 | 1.38 | 22 | 7.36 |
| Paciente 4 | 185 | 151 | 167 | 2.15 | 23 | 7.24 |

Tabla 2. Valores de creatinin-quinasa (U/l).

| | Día 1 | Día 2 | Día 3 | Día 4 | Día 5 | Día 6 |
|------------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|
| Paciente 1 | 416 | 4054 | 6890 | 71877 | 53819 | 1341 |
| Paciente 2 | 374 | 3567 | 6787 | 2543 | 987 | 452 |
| Paciente 3 | 946 | 103539 | 126205 | 138197 | 92807 | 77628 |
| Paciente 4 | 5389 | 41112 | 41170 | 27150 | 27289 | 13200 |

V-186

A PROPÓSITO DE UN CASO: EMBOLISMO PULMONAR TRAS AUTOADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE MERCURIO ELEMENTAL

M. Mohamad Tubio¹, J. López García², P. Peña Quintana¹, A. Givica Pérez³, J. Muñoz de Unamuno¹, F. Acosta Bilbao¹, E. Pisos Álamo¹ y J. Gómez¹

¹Medicina Interna, ²Neumología, ³Radiodiagnóstico.

Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. El mercurio es un metal altamente tóxico, cuya exposición produce intoxicación tanto de forma aguda como crónica. Se encuentra en múltiples productos de manejo doméstico y por tanto de fácil accesibilidad, como baterías, termómetros, pesticidas, pinturas, cosméticos, dentífrico, esfigmomanómetros, etc, pudiendo presentar toxicidad por múltiples vías de contacto. La autoadministración por vía intravenosa de mercurio es poco frecuente, aunque hay descritos casos en la literatura de pacientes con fines autolíticos, con patología psiquiátrica e incluso de forma deliberada en boxeadores para aumentar la potencia de sus golpes. Dado que el mercurio es un metal radio opaco con un número atómico elevado (80) es fácilmente detectable por las técnicas de imagen y cuantificable tanto en suero como en orina.

Resultados. Paciente varón de 22 años de edad, jardinero de profesión, fumador, que acude al servicio de urgencias con clínica de dolor torácico de carácter opresivo irradiado a espalda, cuello y miembro superior izquierdo. Igualmente asociaba cuadro repetido de náuseas y vómitos alimenticios en pequeña cuantía, con molestias

abdominales difusas. La exploración física, los datos analíticos, el electrocardiograma fueron normales. La radiografía de tórax presenta múltiples imágenes puntiformes de densidad metálica en campos pulmonares medios e inferiores. Cuando se rehistoria al paciente, éste refiere la rotura accidental de un termómetro en la boca varios meses antes, denegando otras vías de administración y rechazando más estudios complementarios. Acudió nuevamente a urgencias 25 días más tarde con clínica de dolor torácico, fiebre, debilidad generalizada y artromialgias en MMII. En una nueva radiografía de tórax se apreciaba incremento del número de partículas metálicas en el parénquima pulmonar. Cuatro meses más tarde las partículas habían aumentado en el tórax y aparecido en el abdomen. Las imágenes del TAC confirman la presencia de lesiones de alta densidad en vasos pulmonares, ventrículo derecho y pleura. Igualmente en: lóbulo derecho hepático, riñones, fundus gástrico y espacio retrocrustral, crura diafragmática, medula espinal, discos intervertebrales y ligamento amarillo, colon derecho, vasos ilíacos, plexo venoso periprostático y glándula prostática. La intoxicación por mercurio se confirmó tras detectar niveles elevados de mercurio tanto en sangre, valores de 370 mcg/l (hasta 15 mcg/l) y en orina valores de 1.214 mcg/l (hasta 35 mcg/l). Resto analítica normal.

Discusión. La intoxicación por mercurio depende tanto de la vía de administración como de la forma química del mercurio (mercurio elemental, sales de mercurio o formas orgánicas). La absorción del mercurio elemental es mínima a través del tracto gastrointestinal. La aplicación subcutánea puede causar abscesos, su administración intra-arterial puede manifestarse como isquemia distal y gangrena, y la forma intravenosa emboliza principalmente hacia el pulmón, pudiendo pasar a la circulación sistémica a través de los capilares pulmonares o shunts. Tanto la eliminación como su distribución es un proceso de lenta evolución, pudiendo participar en procesos de oxidación y pasar a sales solubles. La gran extensión de las partículas en la red vascular pulmonar y en el ventrículo derecho confirman la vía endovenosa de administración. La presencia de restos de mercurio en el tracto gastrointestinal va a favor de la administración vía oral previa. Y el resto de localizaciones confirma las vías conjuntas de eliminación del metal.

Conclusiones. Dada la distribución y la localización de las partículas metálicas de mercurio, tanto en pulmón como en otros órganos y tejidos, junto con su confirmación analítica, damos por sentado la forma de administración endovenosa del metal. No podemos asegurar los fines de dicha autoadministración dado la poca colaboración del paciente para completar su estudio, no pudiendo descartar patología psiquiátrica o fines suicidas.

V-187 UNCINARIASIS EN ESPAÑA: A PROPÓSITO DE UN CASO M. Lorente García¹, J. Olmedo Llanes², N. Hernández¹, M. Melero Bascones¹, F. Medrano González² y J. Solera Santos¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Hospital General de Albacete. Albacete.

Objetivos. Descripción de un caso de parasitosis por uncinarias en paciente inmigrante.

Material y métodos. Se presenta el caso clínico de un varón de 22 años que aqueja astenia, disnea y pirosis de dos meses de evolución. Natural de Bolivia, reside en España desde hace un año. Trabaja en contacto con ganado ovino. A la exploración física sólo destaca palidez muco-cutánea y herida ungueal traumática en resolución en el tercer dedo de su mano derecha. En las exploraciones complementarias se objetiva eosinofilia (eosinófilos 1.830/mm³) y anemia microcítica (hemoglobina: 4,9 g/dl; VCM: 52) ferropénica (hierro: 14 µg/dl; ferritina: 13 ng/ml; saturación: 3%). En un frotis de sangre periférica se observó anisopoiquilocitosis. Se realizó examen de parásitos en heces que mostró la presencia de huevos de uncinarias (*Ancylostoma duodenale* vs *Necator americanus*). El paciente evolucionó satisfactoriamente con benzimidazoles.

Discusión. La uncinariasis es una infección humana producida por dos especies de uncinarias, *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*, que afecta a una cuarta parte de la población mundial. Esta infección se disemina en zonas subtropicales y tropicales húmedas. La anemia ferropénica junto con la desnutrición proteica crónica

son dos de las manifestaciones clínicas más importantes de esta infección. Otras manifestaciones clínicas típicas son la aparición de dermatitis maculopapulosa pruriginosa en el punto de penetración cutánea con despigmentación así como diarrea; más raramente, neumonía transitoria leve e hipoproteïnemia; manifestaciones no encontradas en el caso que se presenta. En nuestro medio, la presencia de un varón joven con anemia ferropénica focaliza la búsqueda hacia pérdidas digestivas crónicas. Debido al aumento de población inmigrante en los últimos años, se plantea la necesidad de incluir, dentro de los posibles diagnósticos diferenciales, enfermedades típicas de los países de donde proceden (en este caso, las parasitosis).

Conclusiones. Debemos estar alerta ante las patologías nuevas que emigran desde países tropicales y subtropicales. En el manejo de pacientes jóvenes con anemia ferropénica, deben de tenerse en cuenta etiologías no tan frecuentes en nuestro medio, como pueden ser las parasitosis.

V-188 SÍNDROME DE BUDD-CHIARI AGUDO Y DE EVOLUCIÓN FULMINANTE EN PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

I. Castro Dufourny¹, J. Ríos², N. Iniesta², A. Robles²,
I. Pérez², A. Mata³, A. Gil² y J. Vázquez²

¹Endocrinología, ²Medicina Interna, ³Cirugía General. H.U. La Paz. Madrid.

Objetivos. El síndrome de BUDD-CHIARI (SBC) es en ocasiones la forma de presentación del síndrome antifosfolípido (SAF). Una vez establecido el tratamiento anticoagulante su aparición es excepcional.

Material y métodos. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de SAF y correctamente anticoagulada que presentó un SBC de evolución catastrófica a pesar de las medidas médicas y quirúrgicas empleadas.

Resultados. Se trata de una mujer de 77 años, que acudió por dolor abdominal y ascitis. En la TC se observó una alteración del patrón de perfusión compatible con SBC. En los días siguientes presentó un deterioro de las funciones hepática y renal a pesar de los intentos médicos y quirúrgicos de restablecer el drenaje venoso. En primer lugar se intensificó el tratamiento anticoagulante y se intentó implantar una derivación portosistémica transyugular. Ante la imposibilidad de realizar dicha intervención se realizó una derivación quirúrgica porto-sistémica mediante laparotomía. La evolución fue hacia fracaso renal, coagulopatía, descompensación hidrópica y encefalopatía hepática, falleciendo finalmente la paciente.

Discusión. Se plantea la insuficiente prevención que se realiza al anticoagular y la necesidad de medidas agresivas ante la aparición de una complicación trombotica mayor como es el SBC.

Conclusiones. En pacientes con síndrome antifosfolípido que debutan con dolor abdominal y ascitis de instauración brusca es obligado pensar en la existencia de un síndrome de Budd-Chiari como primera posibilidad. La anticoagulación puede no ser suficiente para prevenir complicaciones tromboticas mayores. Es deseable una rápida actuación terapéutica.

V-189 DISPLASIA FIBROSA POLIÓSTÓTICA O SÍNDROME DE LICHTENSTEIN-JAFFE: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

E. López Calleja, J. Robert, R. Cañizares, S. Martínez
Tudela, M. Matarranz Del Amo, J. Peris, A. Martínez
Baltanas y J. Merino Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de San Juan. San Juan Pueblo, Alicante.

Objetivos. Atendemos en consultas a un varón de 27 años con niveles de fosfatasa alcalina (FA) persistentemente elevados, que presentaba manchas café con leche en hemitorax derecho y lesiones óseas múltiples sugestivas de Displasia Fibrosa Poliostótica (DFP).

Nuestro objetivo es conocer la prevalencia y las características clínicas de las DFP diagnosticadas en nuestro hospital en los últimos trece años y hacer una comparación con la literatura.

Material y métodos. Revisamos los casos diagnosticados de DFP desde 1992 a 2005, encontrando cuatro casos. Describimos las características clínicas, hallazgos de laboratorio y complicaciones asociadas.

Resultados. El diagnóstico de los cuatro pacientes con DFP se realizó en la edad adulta. La distribución de las lesiones fue craneofacial en dos (50%) y generalizada en los otros dos (uno de ellos asociaba además de la DFP la presencia de manchas café con leche, sin endocrinopatía acompañante). Únicamente se detectó elevación de FA en los 2 casos de DFP generalizadas. El desarrollo de complicaciones se limitó a las formas craneofaciales: exoftalmos en una, y malignización a osteosarcoma en la otra. En el 75% de los pacientes no se realizó un seguimiento posterior al diagnóstico.

Discusión. La displasia fibrosa es una anomalía del desarrollo esquelético de frecuencia desconocida. Cualquier hueso puede estar afectado. La manifestación inicial más frecuente es el dolor óseo asociado a deformidad o fractura patológica. Están descritas tres formas de presentación: monostótica (70% de los casos), poliestótica o síndrome de Lichtenstein-Jaffe (27%) y DFP asociada a manchas café con leche y endocrinopatía (3%) conocida como síndrome de McCune-Allbright (SMA). La forma poliestótica puede ser craneofacial, unilateral o generalizada. La DFP normalmente es diagnosticada antes de los 10 años, siendo en adultos la alteración analítica fundamental una elevación de la FA sérica, y presentando hallazgos radiológicos característicos. El 1% desarrollan cáncer. El tratamiento es únicamente paliativo basándose en medidas médicas (pamidronato o residronato que mejoran el dolor óseo y disminuyen los marcadores de metabolismo óseo) y medidas ortopédicas o quirúrgicas (para deformidades invalidantes y descompresión de estructuras nerviosas).

Conclusiones. Los casos hallados en nuestro hospital difieren en algunos puntos con la literatura existente, tratándose en todos los casos de pacientes adultos, con diagnóstico tardío y elevado índice de complicaciones. En ningún caso se trató de un SMA. La DFP es una entidad muy poco frecuente tanto en la literatura como en nuestro medio, aunque probablemente se halle infradiagnosticada o bien presente un diagnóstico tardío en los casos de escasa expresión clínica, por lo que pensamos debería incluirse en el diagnóstico diferencial de elevación de FA del adulto. Estos pacientes deberían ser revisados periódicamente para la detección precoz de complicaciones, y tratamiento consiguiente.

V-190

DOLOR ABDOMINAL EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE CIUDAD REAL

C. Conde, N. Ruiz, D. Bellido, M. Mañas, J. Ros, P. Calderón, J. Yanes y J. Gijón

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

Objetivos. Revisión de los pacientes ingresados por dolor abdominal en la unidad de corta estancia en el complejo Hospitalario de Ciudad Real.

Material y métodos. Presentamos el análisis de todos los pacientes ingresados por dolor abdominal en la Unidad de Corta Estancia (UCEMI) dependiente del servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Ciudad Real en el año 2004. Metodología: estudio descriptivo retrospectivo con revisión de las historias clínicas e informes de alta. Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en la UCEMI cuyo motivo de consulta es dolor abdominal durante el año 2004 (período comprendido entre 1 enero 2004 a 31 diciembre 2004). Se excluyen los pacientes que ingresan por gastroenteritis aguda y los que son sometidos a Cirugía con carácter urgente cambiando de servicio.

Resultados. Conforman el estudio un total de 60 casos (n = 60), incluyendo 59 pacientes con una edad media de 56,95 años. El 35% son varones (n = 21) y 65% mujeres (n = 39). La evolución de la sintomatología se establece en una media de 39,12 días. Ello se debe a que hay 7 casos con evolución de la sintomatología \geq a 1 mes

que incrementan sobremanera la media. Muestra de ello es que en el 85% (n = 51) los síntomas son inferiores a 1 mes y el 65% (n = 39) inferior a una semana. El dolor estaba localizado de forma más frecuente en epigastrio (30% (n = 18)) e hipocondrio derecho (16,6% (n = 10)). La estancia media fue de 4,96 días logrando finalizar el estudio en un 50% de los casos. Resulta llamativo que en un 31,6% (n = 19) los ingresos estaban relacionados con un dolor ya conocido (en estudio, que ha motivado otros ingresos o pendiente de cirugía). Estaban pendientes de pruebas diagnósticas y terapéuticas no invasivas tras ser dados de alta hospitalaria en 31 casos que constituyen el 51,6%, fundamentalmente radiológicas (n = 11) y endoscópicas (n = 7). Fueron revisados en consultas externas de UCEMI un 71% (n = 43). Con respecto al diagnóstico de alta la mayor parte no fue filiada constituyendo el 35% (con un total de 21 casos con los juicios clínicos de dolor abdominal autolimitado en 6 casos, inespecífico en 9 o en estudio en 6). Posteriormente se incluyen por orden de frecuencia patología de la vía biliar (16,6%; n = 10), pancreática (15%; n = 9), intestinal (10%; n = 6), gastroesofágico (8,3%; n = 5), urológica (6,6%; n = 4) o no abdominal (5%; n = 3). Reseñar que quedaron pendiente de cirugía de forma diferida tras el alta un 11% (n = 7) (5 colecistectomías, 1 herniorrafia inguinal y 1 amputación de MII).

Conclusiones. Existe un mayor número de ingresos de mujeres que probablemente guarde relación con patología de la vía biliar que es más frecuente en dicho sexo. La estancia media fue de 4,96 días no excediendo los objetivos fijados en la unidad de corta estancia, teniendo en cuenta que se han excluido las gastroenteritis agudas, además de constituir una patología que precisa numerosas pruebas complementarias. Un número considerable de los ingresos (31,6%) eran motivados por un dolor ya conocido previamente. Quedaron pendientes de pruebas diagnósticas y terapéuticas no invasivas tras ser dados de alta más de la mitad de los pacientes (51,6%), siendo revisados en consultas externas de UCEMI un 71% (n = 43). En más de un 1/3 de los casos (35%) no se estableció un diagnóstico etiológico siendo seguida de la biliopancreática (31,6%).

V-191

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO CON SALES DE FE EN LA ANEMIA FERROPÉNICA TRAS HDA

J. Peris García, M. Botas Velasco, A. Martínez Baltanás, M. Matarranz Del Amo, E. López Calleja, F. Ruiz Gómez y J. Merino Sánchez

Medicina Interna. San Juan, Alicante.

Objetivos. Hemos realizado una revisión bibliográfica de la literatura médica sobre el tratamiento con sales de hierro con el fin de determinar cuáles de los distintos preparados son los más idóneos en el tratamiento de la anemia secundaria a HDA durante el período de convalecencia.

Material y métodos. Hemos realizado una revisión de las principales especialidades farmacéuticas basadas en sales de hierro utilizadas en la práctica clínica en el tratamiento antianémico en pacientes que han sufrido algún episodio de HDA así como de la diversa literatura científica acerca de este tema.

Resultados. Ver tabla.

Discusión. El tratamiento fundamental para la corrección del déficit de hierro que aparece tras una HDA es la administración de Fe oral. Numerosos estudios demuestran que la cantidad de Fe ingerida no es igual a la cantidad de Fe absorbida, ya que depende de distintos factores. Hemos encontrado diversos estudios que determinan que la absorción de Fe está aumentada en las situaciones en las que existe un déficit del mismo. Otro factor a tener en cuenta son los fenómenos de intolerancia al Fe que aparecen en algunos pacientes así como las interacciones que presenta el Fe con numerosos tratamientos alguno de ellos ampliamente utilizados.

Conclusiones. En la anemia por HDA parece más adecuado utilizar preparados con un alto contenido en Fe elemental. Es importante prestar atención a los compuestos que pueden interferir con la absorción de hierro, tanto otros fármacos como componentes de la dieta. Los fenómenos de tolerancia, aunque en general son poco importantes, deben ser tenidos en cuenta.

Formas farmacéuticas.

| Nombre comercial | Formulación | Equivalente en Fe elemental | Asociación | Lugar de liberación |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ferplex | Fe proteínsuccinilato | 40 mg | | Duodeno y yeyuno |
| Ferocur | Fe proteínsuccinilato | 40 mg | | Duodeno y yeyuno |
| Fero-gradumet | Sulfato ferroso | 105 mg | | Estómago, duodeno y yeyuno |
| Kilor | Ferrmanitol ovoalbúmina | 40 mg | | Duodeno y yeyuno |
| Losferron | Gluconato ferroso | 80 mg | Ac. cítrico, ac. ascórbico | Duodeno |
| Tardyferon | Sulfato ferroso | 80 mg | | Estómago, duodeno y yeyuno |
| Normovite antianémico | Heptagluconato ferroso | 33.9 mg | Ac. fólico | Estómago y duodeno |

V-192
INFECCIONES POR MAC EN INMUNOCOMPETENTES
S. Pérez Andrada¹, J. Mostaza Fernández¹, I. Herráez Ortega² y M. Muñoz Rodríguez¹

¹Medicina Interna, ²Radiología. Hospital de León. León.

Objetivos. Reconocer la existencia de infecciones pulmonares por el complejo mycobacterium avium (MAC) en pacientes inmunocompetentes.

Material y métodos. Revisión de la historia clínica de una paciente inmunocompetente con infección pulmonar por MAC.

Resultados. Mujer de 74 años, no fumadora, con antecedentes de HTA y asma leve-moderado, que acude a nuestra consulta con clínica respiratoria de tos, expectoración y disnea de esfuerzo. En la exploración se aprecian sibilantes espiratorios. El hemograma, perfil bioquímico, gasometría arterial, antitripsina ECA, ANAs, ANCAs, y linfocitos CD4 fueron normales, tenía determinación indetectable de interferón y la serología de VIH era negativa. En TACAR se aprecian imágenes pseudonodulares dispersas, engrosamiento de paredes interlobulillares y bronquiectasias cilíndricas en los lóbulos superiores; en una exploración realizada con posterioridad se observa progresión de las lesiones pulmonares. La espirometría demuestra un patrón obstructivo leve con difusión pulmonar normal. Se aísla reiteradamente en esputo Mycobacterium avium complex en cultivos realizados a lo largo de varios meses. Con el diagnóstico de infección pulmonar por MAC se inicia tratamiento con azitromicina, rifampicina, etambutol y amikacina. En revisiones posteriores se evidencia mejoría clínico-radiológica y se negativiza el cultivo de esputo para micobacterias.

Discusión. El complejo Mycobacterium avium (MAC) está constituido por micobacterias ubicuas y poco virulentas, capaces de producir enfermedad en pacientes con inmunodepresión celular o con patología pulmonar subyacente. Durante la última década se han descrito algunos casos de infecciones pulmonares por MAC en pacientes sin factores predisponentes, sobre todo en mujeres ancianas o de mediana edad, que origina una enfermedad parenquimatosa pulmonar progresiva, con aparición de múltiples micromódulos y bronquiectasias. En estas pacientes, sin otros factores predisponentes para infección por MAC, algunos autores han encontrado un déficit de interferón. El diagnóstico se realiza a menudo con retraso, debido a su evolución indolente. El pronóstico ha mejorado notablemente desde la introducción de los nuevos macrólidos. La ATS recomienda tratamiento prolongado con claritromicina, etambutol y rifampicina, añadiendo en algunos casos amikacina durante los 2 primeros meses, pero sólo se consigue la remisión de la enfermedad en aproximadamente la mitad de los casos correctamente tratados. En la revisión bibliográfica que hemos realizado no hemos encontrado ningún caso en España, de infección pulmonar por MAC en pacientes sin factores predisponentes. En nuestro país, se ha encontrado una menor incidencia de infecciones por micobacterias no tuberculosas, que en otros países con menor incidencia de tuberculosis, lo que algunos autores han puesto en relación con la posible presencia de inmunidad cruzada entre M. tuberculosis y otras micobacterias.

Conclusiones. El aislamiento reiterado de MAC en secreciones respiratorias de pacientes inmunocompetentes, en un contexto clínico-radiológico compatible, debe hacernos considerar la posibilidad de enfermedad pulmonar por MAC e iniciar el tratamiento oportuno de forma precoz.

V-193
CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES

M. Gallego Alonso Colmenares¹, J. de Miguel Díez², C. Pérez de Oteyza³, F. Villar Álvarez², M. Lara Culebras¹ y C. Gilsanz¹

¹Medicina Interna I, ²Neumología, ³Medicina Interna D. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. El tabaco es la principal causa de muerte prevenible en los países occidentales. Sin embargo muchos de los enfermos hospitalizados son fumadores. No existen estudios en nuestro medio que nos informen sobre el consumo de tabaco en el medio hospitalario por parte de los pacientes. Dado que en estudios realizados en otros países el tabaquismo intrahospitalario tiene una alta prevalencia, es probable que en nuestro medio también constituya un problema importante. El objetivo del trabajo es conocer la prevalencia de tabaquismo entre los pacientes hospitalizados que fueran fumadores antes del ingreso y saber que variables están relacionadas con este hecho.

Material y métodos. Se ha recogido una muestra de 488 los pacientes ingresados en Medicina Interna, Cardiología y Neumología. A los pacientes fumadores se les pasó un encuesta con variables relacionadas con el tabaco y su consumo dentro del hospital, datos generales, sociales y en relación con el ingreso, así como tests de dependencia y motivación. A todos los pacientes se les efectuó una medición de monóxido de carbono en aire expirado para corroborar sus respuestas en la encuesta. Se analizó la prevalencia de consumo intrahospitalario entre los fumadores así como su relación con las distintas variables. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar la variable que más se relaciona de forma independiente.

Resultados. De los 73 pacientes valorados durante el estudio fumaron en el hospital un 32%. El servicio de ingreso se relacionó de forma significativa con este hecho en el análisis univariante, obteniéndose en el servicio de Cardiología una prevalencia menor que en los de Medicina Interna y Neumología. En el análisis de regresión logística se comprobó que una puntuación por encima de 8 en el test de Richmond se asociaba con una probabilidad de consumo de tabaco durante el ingreso 7 veces menor.

Discusión. En un trabajo efectuado en el hospital de Massachusetts se evaluó la prevalencia de consumo de tabaco durante el ingreso hospitalario, así como los factores relacionados con dicho hábito y la tasa de abandono del tabaco posterior al alta. En él se halló que un 25% de los pacientes fumadores hospitalizados consumían tabaco durante su estancia hospitalaria, cifra comparable con el 32% de pacientes fumadores objetivados en nuestro estudio. Sin embargo en el estudio previo no se realizaba un análisis por servicios, sino que se recogía una muestra aleatoria de todos los pacientes hospitalizados. Debido a ello desconocemos si existen diferencias entre nuestra población y la del estudio de Massachusetts ya que nuestro estudio recoge sólo pacientes de los servicios de Cardiología, Neumología y Medicina Interna. Una limitación del estudio puede ser el método empleado para la detección del tabaquismo intrahospitalario, dado que el valor predictivo positivo obtenido mediante la encuesta en comparación con la cooximetría fue del 45%, con una especificidad del 79%. Sin embargo la sensibilidad y valor predictivo negativo de la encuesta fue del 100%, es decir los pacientes colaboraron de forma muy favorable con la encuesta. Los resultados tan bajos de valor predictivo positivo y de especificidad pueden ser debidos a la utilización de un punto de corte que está validado en estudios fuera del ámbito hospitalario, mientras que el espacio hospitalario está, en teoría, libre de humos. El hallazgo de la correlación entre motivación y consumo intrahospitalario de

tabaco nos permite identificar a los pacientes de más riesgo para actuar sobre ellos.

Conclusiones. El tabaquismo intrahospitalario es un problema con alta prevalencia en nuestro medio. Existen una serie de variables que nos permiten definir el riesgo *a priori* de que el paciente fume durante el ingreso. De esta forma podemos seccionar mejor a aquellos pacientes en los que habrá que incidir más durante el ingreso.

V-194

CRISIS TIROTÓXICA

M. Liñán Alonso, S. Pérez Andrada, C. Teijo Núñez, E. Fernández Pérez, T. Bajo Franco y M. Muñoz Rodríguez
Medicina Interna. León.

Objetivos. Reconocer las crisis tirotoxicas en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de crisis tirotoxicas en el servicio de Medicina Interna del Hospital de León en el período de tiempo comprendido entre junio del 2004 y junio del 2005.

Resultados. En el período comprendido entre Junio del 2004 y Junio del 2005 se diagnosticaron en el servicio de Medicina Interna del Hospital de León tres casos de crisis tirotoxicas. Caso 1: Mujer de 82 años con antecedentes de HTA y bocio multinodular normofuncionante que ingresa por disnea intensa, fiebre y palpitations. Hacia 2 meses se inicia tratamiento con amiodarona por fibrilación auricular. En el estudio analítico se evidenció una TSH muy suprimida (< 0,005) con T4 elevada (6,02), en la placa de tórax: mínima cardiomegalia con redistribución de la trama broncopulmonar, líneas B-Kerley. Holter de frecuencia: Arritmia completa por fibrilación auricular con una frecuencia media de 133lpm. Ecocardiograma: mínima disfunción diastólica, con dilatación de aurícula izquierda moderada. Los resultados de cultivos fueron negativos y gammagrafía tiroidea mostraba un bocio multinodular con hipercaptación irregular. Caso 2: Mujer de 54 años con antecedentes de palpitations desde hacia 2 años y tabaquismo que ingresa por disnea, palpitations e importante pérdida de peso. En el estudio analítico se evidenció una TSH muy suprimida (< 0,005) con T4 elevada (5,02) y marcadores tumorales normales. En la placa de tórax: cardiomegalia, derrame pleural bilateral, líneas B-Kerley. TC-torácico: se descartó la existencia de masas pulmonares. Holter de frecuencia se evidenció fibriloflutter a 145 lpm con bloqueo incompleto de rama izquierda. Ecocardiograma: normal. Coronariografía: normal. Gammagrafía tiroidea mostraba un aumento homogéneo de la glándula tiroidea con un nódulo hipercaptante. Caso 3: Mujer de 51 años HTA que ingresa por síncope con TCE. En el estudio analítico se evidenció una TSH muy suprimida (< 0,005) con T4 elevada (8,02), En la placa de tórax: cardiomegalia con patrón intersticial bilateral. Holter de frecuencia: taquicardia supraventricular con rachas de TV frecuentes Ecocardiograma: normal. TC craneal: hemorragia subaracnoidea. Ecografía tiroidea: bocio difuso. Anticuerpos contra glándula tiroidea positivos. Estudio microbiológico normal.

Discusión. Las crisis tirotoxicas son extremadamente graves, la gran multitud de manifestaciones clínicas, debido a la hiperfunción que producen en múltiples órganos y sistemas hacen que su diagnóstico sea dificultoso y tardío lo que compromete la vida de los pacientes que las padecen. Es de vital importancia la sospecha precoz de esta patología en pacientes con clínica sugestiva y portadores de patologías predisponentes: bocio multinodular, adenoma autónomo hiperfuncionante, enfermedad de Graves, fármacos... apoyado en la elevación de las hormonas tiroideas, en la ecografía y en la gammagrafía tiroidea. El tratamiento debe iniciarse lo más precoz posible: se debe inhibir la síntesis de hormonas tiroideas: metimazol, inhibir la conversión de T4 en T3: corticoides, inhibir la liberación de hormonas: lugol y bloquear los efectos adrenérgicos con betabloqueantes.

Conclusiones. La tormenta tiroidea es una disfunción del tiroides, producida por múltiples causas: algunas banales, otras fatales que pueden desencadenar en la muerte del paciente. Debemos reconocerlas y tratarlas de manera precoz con el arsenal terapéutico y

diagnóstico de que disponemos en la actualidad. Mayor nivel de atención debemos prestar a los ancianos que presentan síntomas muy solapados y la primera manifestación puede ser una complicación grave cardiovascular.

V-195

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A ANTICONVULSIVANTES

E. Martín¹, A. Pereira Juliá¹, Y. Meije¹, M. De Vicente¹, M. Torralba¹, A. Fernández¹, M. Pérez Nicolás¹ y M. Rodríguez Zapata²

¹Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ²Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. El síndrome de hipersensibilidad a los anticonvulsivantes (SHA) es una patología rara (1 de cada 10000 pacientes tratados) pero potencialmente fatal que se ha descrito asociado a la administración de fenitoína, fenobarbital, carbamacepina y lamotrigina, con reacciones cruzadas aproximadamente en el 70-80% de los casos. La reacción típica se caracteriza por una afectación multiorgánica con fiebre, rash cutáneo (incluso necrolisis epidérmica tóxica), linfadenopatías, eosinofilia e hipertransaminasemia, de inicio en la entre la primera y cuarta semana de tratamiento. Las complicaciones potencialmente fatales son: miocarditis, hepatitis y compromiso de la función renal y pulmonar. Presentamos 2 casos ocurridos en el Hospital General Universitario de Guadalajara.

Resultados. Caso 1: Mujer de 36 años intervenida quirúrgicamente de astrocitoma de bajo grado iniciándose profilaxis anticonvulsiva con fenitoína. A los 15 días comienza con eritema pruriginoso confluyente generalizado de carácter purpúrico en miembros inferiores, fiebre de 39ª, edema generalizado, de predominio facial y adenopatías laterocervicales y axilares. Durante su ingreso se detecta hepatitis aguda con elevación de enzimas de citolisis y colestasis (GPT 458; GOT 238; FA: 858; LDH 819; GGTP 2166; bilirrubina 3.8 (directa)), además de leucocitosis de 20.340/mm³ (40S, 41L, 6 C) y trombocitosis con 516.000/mm³. Serología de virus hepatotropos, hemocultivos, pruebas de imagen y niveles de fenitoína: normales. Se inicia tratamiento con corticoides a dosis de 1 mg/kg de peso presentando mejoría progresiva de la clínica y normalización analítica. El cuadro se repite con la introducción de valproico y lamotrigina, por lo que finalmente se pauta profilaxis anticonvulsiva con topiramato y es dada de alta. Caso 2: Mujer de 65 años intervenida quirúrgicamente de meningioma falcotentorial con invasión de seno longitudinal superior y seno recto, iniciándose profilaxis anticonvulsiva con fenitoína. A los 5 días comienza con exantema maculo-papuloso, pruriginoso, fiebre de 39ª, edema generalizado de predominio en miembros inferiores y adenopatías laterocervicales. Durante su ingreso se detecta hepatitis aguda con elevación de enzimas de citolisis y colestasis (GPT 83; GOT 54; FA: 68; LDH 284; GGTP 144; bilirrubina 0.7, albúmina 27, además de leucopenia de 3770/mm³ (81N. 10L) y anemia con hemoglobina de 11.3 g/dl. Serología de virus hepatotropos, hemocultivos, pruebas de imagen y niveles de fenitoína: normales. Se inicia tratamiento con corticoides a dosis de 1 mg/kg de peso presentando mejoría progresiva de la clínica y normalización analítica. Se pauta profilaxis anticonvulsiva con valproico, con buena tolerancia por la paciente, siendo dada de alta.

Discusión. La morbimortalidad del cuadro exige un diagnóstico y tratamiento rápido. La afectación multisistémica y el diagnóstico diferencial con patologías más frecuentes como infecciones, colagenosis, linfomas o vasculitis dificulta el diagnóstico. Ante la sospecha del cuadro se debe cesar de inmediato el uso del fármaco, iniciar tratamiento sintomático y según autores, se recomienda el uso de esteroides y benzodiacepinas, para el control de la epilepsia, sustituyéndolas posteriormente por otro anticonvulsivante no relacionado químicamente como ácido valproico, felbamato, lamotrigina o vigabatrina. Algunas publicaciones recientes informan del uso de gabapentina como anticonvulsivante seguro en pacientes con SHA, así como del tratamiento con éxito con inmunoglobulinas IV. La mortalidad de este síndrome es de un 10% sin afectación hepática, y de más del 50% con afectación hepática.

V-197

SÍNDROME DE BURNOUT EN M. INTERNA Y OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

M. Díaz Hurtado¹, A. Vidal Tolosa², E. Calvo Beguería³, J. Torralba¹, M. Pina Latorre⁴, M. Juanos Lanuza², J. Lerín Sánchez¹ y J. Cabau Rubies⁵

¹Medicina Interna. Santa María. Lleida. ²Neurología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz, Teruel. ³Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Mollerussa. Mollerussa, Lleida. ⁴Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca. ⁵Medicina Interna. Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. El síndrome de «burnout» o estar quemado es un tipo de estrés laboral que se asocia con profesiones con alta demanda emocional como es el caso de la medicina. Puede tener consecuencias psicopatológicas, familiares y sociales, conductuales y conduce a absentismo laboral y bajo rendimiento. Reconocer la existencia y prevalencia del síndrome puede conducir a desarrollar técnicas preventivas y terapéuticas del mismo para mejorar la salud de los médicos. El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar la prevalencia de burnout entre los facultativos de especialidades médicas en nuestro hospital así como su asociación con otras variables descritas en la literatura asociadas al síndrome.

Material y métodos. El Hospital Obispo Polanco de Teruel es un centro de segundo nivel de 200 camas que atiende a una población de 100.000 habitantes. El servicio de Medicina Interna engloba médicos internistas así como especialistas médicos. Se entregó una encuesta anónima autoadministrada consistente en el Maslach Burnout Inventory. Este cuestionario consta de tres escalas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DE) y realización personal (RP). Se considera burnout cuando puntúan alto las escalas de CE (más de 26) y DE (más de 9) y bajo en RP (menor de 40). Así mismo se entregó otra donde se reflejaban preguntas acerca de: edad, sexo, especialidad, publicación en revistas y asistencia a congresos, docencia a residentes, años trabajados para el Sistema Nacional de Salud, cargas familiares, baja laboral, aspectos de la relación médico-paciente, ambiente laboral, y relación con los compañeros de trabajo. Los datos se analizaron con el software SPSS 13 realizándose análisis descriptivos así como Chi cuadrado y test exacto de Fisher sobre los mismos.

Resultados. De las 28 encuestas entregadas sólo contestaron 17 médicos (índice de respuesta 60%) de ellos 6 internistas. Puntuaron alto en la escala de CE 5 médicos (29%), DE 7 (41%), RP 8 (47%). Encontramos valores altos de MBI (valores elevados en CE y DE y bajos en RP) en tan solo 2 médicos (12%). No conseguimos demostrar relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y los valores de CE, DE ni RP.

Discusión. La prevalencia de síndrome de burnout entre los especialistas del hospital Obispo Polanco de Teruel es relativamente baja en relación con los estudios publicados hasta la fecha sobre personal sanitario en nuestro país. No encontramos relación entre las condiciones laborales, personales y profesionales y características constituyentes de éste síndrome como son el cansancio emocional, la despersonalización o la realización personal. Esto puede ser debido a la mejora de autovaloración profesional debido a la reciente consolidación de empleo realizada en el territorio del sistema nacional de salud o quizá debido a las características propias del hospital.

Conclusiones. El síndrome de burnout es poco prevalente en nuestro hospital a diferencia de la mayoría del resto de médicos de nuestro país.

V-199

SPET CEREBRAL CUANTIFICADO EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

I. Roca¹, I. Mena², A. García¹, A. García¹, J. García³, E. Ruiz³, T. Soriano⁴ y J. Alegre⁴

¹Medicina Nuclear, ²Unidad de SFC. Vall d'Hebron. Barcelona.

³Medicina Nuclear. Clínica Las Condes. Santiago de Chile.

⁴Unidad de SFC. Centro Médico Delfos. Barcelona.

Objetivos. 1) Describir las alteraciones detectadas en el SPET cerebral en pacientes con SFC comparándolos con una base de datos de pacientes normales (programa Neurogam®). 2) Estudiar la asociación entre las alteraciones del SPET cerebral con factores clínicos

pronósticos como el antecedente de infección viral, síntomas clínicos (agudo, subagudos), elastasa, y las determinaciones de los parámetros analíticos en los monocitos de sangre periférica.

Material y métodos. Se han estudiado 38 pacientes con SFC (6 varones y 32 mujeres, edad media 45.8 años) en condiciones basales (SPET cerebral, 99mTc-ECD 740 MBq). Las imágenes se han obtenido en una gammacámara de doble cabezal (ADAC Vertex Plus, colimador paralelo LE-HR, 30 sec/imagen/3°, 64 x 64). Se han reconstruido los cortes transversales, coronales y sagitales mediante FBP (Butterworth 0,5;5), con y sin corrección de atenuación (Chang 0,1). Las imágenes se han cuantificado y comparado a una base de datos normal (grupos con similar edad) mediante el paquete Neurogam (Mirage®). Se han definido como áreas anormales las que han presentado captación disminuida (por debajo de 2 desviaciones estándar (SD) respecto a la media del grupo normal). Los marcadores biológicos se determinaron en los monocitos de sangre periférica: Rnasa L proteína (radiolabeled ligand/receptor assay) y Rnasa L actividad (metodo enzimatico), Elastasa actividad (metodo enzimatico colorimetrico) y la actividad de la protein-kinasaR (Western Blot). Los valores de normalidad se cifran en Rnasa Cociente < 0,5, Rnasa Actividad < 50, Elastasa Actividad < 70 y PKR actividad < 2. Las determinaciones se realizaron en los laboratorios RED de Bélgica.

Resultados. Todos los pacientes presentaron disminución significativa de la captación en más de una área de Brodmann del córtex cingulado y del lóbulo temporal (áreas 20 a 25, 28, 32, 36, 38), y 33/38 pacientes mostraron alteraciones en al menos un área del lóbulo frontal (áreas 12 y 44). Las áreas con disminución de la captación más significativa fueron: área 21 (95% pacientes < 2SD, 50% < 3SD), área 22 (66% < 2SD, 63% < 3SD), área 28 (92% < 2SD, 60% < 3SD), área 12 (89% < 2SD, 40% < 3SD) y área 44 (63% < 2SD, 50% < 3SD). Los valores de Rnasa L y elastasa mostraron correlación con la disminución de captación en el lóbulo frontal, zonas anteriores del lóbulo temporal y córtex cingulado.

Discusión. El síndrome de fatiga crónica (SFC) se caracteriza por una fatiga incapacitante, que persiste en reposo, con intolerancia al ejercicio físico y alteraciones neurocognitivas, persistiendo estos síntomas durante más de 6 meses. La edad al diagnóstico suele ser la tercera o cuarta década de la vida, y la prevalencia varía entre 0,4 y 0,7%.

Conclusiones. El SPET cerebral parece ser una herramienta útil para una mejor comprensión del SFC. Se ha detectado un patrón congruente en el estudio basal de este grupo de 38 pacientes con SFC, con la misma distribución de áreas hipocaptantes en un muy alto porcentaje de pacientes y con correlación significativa con algunos parámetros biológicos.

V-200

SPET CEREBRAL CUANTIFICADO EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: COMPARACIÓN DE LOS ESTUDIOS BASAL Y POST-ESFUERZO

A. García¹, I. Roca¹, I. Mena², J. Alegre³, J. García⁴, E. Ruiz³, A. Vázquez³ y A. García⁴

¹Medicina Nuclear, ²Unidad de SFC. Vall d'Hebron. Barcelona.

³Medicina Nuclear. Clínica Las Condes. Santiago de Chile.

⁴Unidad de SFC. Centro Médico Delfos. Barcelona.

Objetivos. Comparar los resultados del SPET cerebral 99mTc-ECD obtenidos en condiciones basales y post-esfuerzo (después de ejercicio físico y de un test de estimulación frontal).

Material y métodos. Se han estudiado 11 pacientes (2 varones, 9 mujeres, edad media 42.5 años) en condiciones basales y en post-esfuerzo (ejercicio físico moderado seguido de un test de estimulación frontal). En todo el grupo de estudio se ha establecido el diagnóstico de SFC siguiendo los criterios de Holmes y Fukuda. Las imágenes (SPET cerebral 99mTc-ECD 740 MBq) se han obtenido en una gammacámara de doble cabezal (ADAC Vertex Plus, colimador paralelo LE-HR, 30 sec/imagen/3°, 64 x 64). Se han reconstruido los cortes transversales, coronales y sagitales mediante FBP (Butterworth 0,5;5), con y sin corrección de atenuación (Chang 0,1). Las imágenes se han cuantificado y comparado a una base de datos normal (grupos con similar edad) mediante el paquete Neurogam (Mirage®). Se han comparado los parámetros cuantitativos basal y post-esfuerzo de cada paciente.

Resultados. Se ha observado una disminución significativa (p < 0,05) de la captación cortical en varias áreas de Brodmann del lóbu-

lo frontal (áreas 10 del hemisferio derecho, 12, 44 bilaterales) y del lóbulo temporal (20, 21, 22 bilaterales). En 2 áreas se ha observado una disminución más significativa de la captación ($p < 0,01$): 40 (área supramarginalis, bilateral) y 47 (área orbitalis). En algunas áreas (cingulo, áreas temporales 28 y 36) la captación basal ya era muy baja y no se ha podido detectar una inhibición significativa. Todos los 11 pacientes del grupo sometidos a un SPET cerebral post-esfuerzo consistente en ejercicio físico seguido de un test de estimulación frontal han mostrado una disminución significativa de la captación cortical frontal y temporal anterior. El área de Wernicke mostró la variación más significativa entre los estudios basal y post-esfuerzo, sugiriendo un perfil inhibitorio en esta región. El córtex cingulado también ha mostrado variaciones, pero con valores no significativos probablemente debido a la captación basal ya disminuida.

Discusión. El síndrome de fatiga crónica (SFC) se caracteriza por una fatiga incapacitante, que persiste en reposo, con intolerancia al ejercicio físico y alteraciones neurocognitivas, persistiendo estos síntomas durante más de 6 meses.

Conclusiones. El SPET cerebral parece ser una herramienta útil para una mejor comprensión del SFC: se ha detectado un patrón congruente de cambios después del esfuerzo que sugiere la existencia de vías inhibitorias frontales y especialmente temporales.

V-201

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE IMPACTO DE FATIGA EN 525 PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

T. Soriano¹, A. García², T. Fernández de Sevilla¹, E. Ruiz¹, A. Vázquez¹, E. Mena¹, J. García² y J. Alegre¹

¹Unidad de SFC. Vall d'Hebron. Barcelona. ²Unidad de SFC. Centro Medico Delfos. Barcelona.

Objetivos. Valorar la utilidad de la escala EIF en 525 pacientes con SFC.

Material y métodos. Realizamos una traducción al castellano de la escala EIF original. Esta se basa en tres dimensiones: Dimensión cognitiva (ítems 1,5,6,11,18, 21,26,30,34 y 35) dimensión física (ítems 10,13,14,17,23,24,31,32,37 y 38) y dimensión social (ítems 2,3,4,7,8,12,15,19,20,22,25,27,28,29,33 y 36). Dicha escala se entregó a 525 pacientes con SFC de nuestra serie. Se evaluó la puntuación global y en sus tres dimensiones por separado.

Resultados. 525 pacientes realizaron la escala EIF. La puntuación global de la escala tuvo una media de 120+/-28 puntos, siendo la puntuación máxima de 160. En las diferentes dimensiones la puntuación fue la siguiente: Dimensión cognitiva 30+/-8,8, siendo la puntuación máxima de 40. Dimensión física 34+/-5,8, siendo la puntuación máxima de 40. Dimensión social 57+/-15,58, siendo la puntuación máxima de 64.

Discusión. La escala de impacto de fatiga (EIF) fue creada y validada en 1994 para evaluar la percepción del paciente sobre las limitaciones funcionales causadas por la fatiga en los últimos meses. Consta de 40 preguntas que deben responderse del 0 (no problema) al 4 (problema extremo) y que valoran la repercusión de la fatiga en la dimensión cognitiva, física y social.

Conclusiones. En nuestros pacientes se constató una puntuación alta en la escala de fatiga EIF, tanto en la puntuación global, como la de las dimensiones física, cognitiva y social. Dicho parámetro puede ser útil en la valoración de la fatiga en dichos pacientes.

V-202

DIFERENCIAS EN EL RENDIMIENTO FÍSICO ENTRE PACIENTES CON SFC Y PERSONAS EXTREMADAMENTE SEDENTARIAS

J. Alegre¹, A. García², C. Javierre³, M. Lizarraga³, A. Comellas³, A. Morales³, E. Ruiz¹ y R. Segura¹

¹Unidad de SFC. Vall d'Hebron. Barcelona. ²Unidad de SFC. Centro Médico Delfos. Barcelona. ³Departamento de Fisiología. Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Valorar la capacidad física de estos pacientes una hora después de realizar un primer test de ejercicio máximo, para valorar la severidad de la fatiga inducida tras el ejercicio.

Material y métodos. 26 pacientes con SFC (media \pm SE, 42.7 \pm 2.2 años, 160.8 \pm 0. cm, 62.3 \pm 2.0 kg) y 7 sujetos extremadamente sedentarios (media \pm SE 28.1 \pm 2.6 años, 166.3 \pm 0.0 cm, 74.5 \pm 12.57 kg) realizaron un test de ejercicio incremental máximo en un cicloergómetro. Tras 1 h de recuperación, realizaron en el mismo cicloergómetro un test de ejercicio hasta el agotamiento.

Resultados. En los pacientes con SFC se observaron diferencias significativas en la carga de trabajo desarrollada (151 vs 46,2), consumo máximo de oxígeno (1,9 vs 0,8). Tras una hora de recuperación tras el ejercicio físico se encontraron diferencias significativas entre los 2 grupos, a favor de los sedentarios con respecto a la duración del tiempo de ejercicio.

Discusión. Los pacientes afectados con SFC presentan como rasgo más característico una fácil e inexplicable fatiga tras mínimos esfuerzos, no se recupera con el descanso y está asociada con síntomas específicos que duran más de seis meses. Se ha demostrado en diferentes estudios que los pacientes con SFC tienen reducida la capacidad aeróbica en relación con las personas sanas, mientras en otros estudios se ha demostrado que podrían tener mantenida su capacidad aunque en los límites bajos de la normalidad. Normalmente, los pacientes con SFC presentan tras la realización de un ejercicio físico una intensa fatiga que puede durar horas e, incluso días.

Conclusiones. Los pacientes con SFC presentan una mayor resistencia tras una hora de recuperación de un test incremental máximo. Ambos grupos alcanzaron valores máximos en la escala de Borg (RPE) indicando que realizaron el test hasta el agotamiento.

V-203

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS EN EL EJERCICIO CON BRAZOS Y PIERNAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

C. Javierre¹, A. García², J. Alegre³, A. Morales¹, E. Garrido¹, T. Soriano³, J. Roses¹ y R. Segura¹

¹Departamento de Fisiología. Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Unidad de SFC. Centro Medico Delfos. Barcelona. ³Unidad de SFC. Vall d'Hebron. Barcelona.

⁴Instituto de Biometría. Barcelona.

Objetivos. Valorar la respuesta al ejercicio de un grupo de pacientes afectados de SFC, individuos extremadamente sedentarios y un grupo de jóvenes físicamente activos, al realizar una prueba del ejercicio incremental máxima en un cicloergómetro y un ergómetro de brazo.

Material y métodos. Se estudió 50 SFC pacientes (41.9 \pm 1.7 años, 162.0 \pm 0.1 cm de altura, 66.30 \pm 1.9 kg de peso), 10 sujetos extremadamente sedentarios (28,2 \pm 2.7 años, 166.3 \pm 0.1 cm de altura, 74.5 \pm 8.6 kg de peso) and 16 jóvenes físicamente activos (5-7 horas por semana de actividad física de tipo recreacional) (20,3 \pm 0.8 años, 177.9 \pm 0.1 cm de altura, 74.5 \pm 2.4 kg de peso). Todos realizaban un test máximo incremental en un ergómetro de brazo, tras 10 minutos de recuperación, realizaban otra prueba de similares características en cicloergómetro.

Resultados. En los pacientes con SFC se observó una menor carga máxima desarrollada, frecuencia cardíaca máxima y consumo máximo de oxígeno en la prueba de ergómetro de brazo y cicloergómetro comparado con los sedentarios y físicamente activos.

Discusión. Los pacientes con Síndrome de fatiga crónica (SFC) muestran, como un rasgo característico, fatiga fácil e inexplicable. No se recupera con el descanso, asociado a síntomas específicos con una duración de más de seis meses. La realización de una prueba de esfuerzo con monitorización cardiorespiratorio es un procedimiento válido para determinar la capacidad funcional de un individuo. La captación del oxígeno máximo es un parámetro normalizado para estimar la reserva funcional de un sujeto. En este trabajo, mostramos los resultados obtenidos en un grupo de pacientes diagnosticados de SFC comparado con un grupo de individuos extremadamente sedentarios y un grupo de jóvenes físicamente activos, al realizar una prueba del ejercicio incremental máxima en un cicloergómetro y un ergómetro de brazo.

Conclusiones. Al comparar con el grupo de sedentarios, los pacientes con SFC mostraron una disminución significativa en la capacidad física (24% más bajo que el grupo sedentario que, al mismo tiempo, mostró una disminución del 26%). Los jóvenes físicamente activos alcanzaron valores de frecuencia cardíaca máxima similar a los individuos sedentarios, mientras los pacientes de SFC llegaron a

valores más bajos. El rendimiento máximo en el cicloergómetro fue de 2.14, 2.47 y 2.70 veces superior para los pacientes de SFC, los sujetos sedentarios y los jóvenes físicamente activos respectivamente, respecto al logrado durante la prueba de brazos. *Beca Fundación Lair 2004.

V-204

ESTUDIO DE LOS MARCADORES BIOLÓGICOS EN LOS MONOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA (RNASA L, ELASTASA Y PROTEIN-KINASA^R) EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

A. García¹, T. Fernández de Sevilla², E. Ruiz², L. Aliste³, K. De Meirleir⁴, T. Soriano², J. Recio² y J. Alegre²

¹Unidad de SFC. Centro Medico Delfos. Barcelona. ²Unidad de SFC. Vall d'Hebron. Barcelona. ³Instituto de Biometría. Barcelona. ⁴Departamento de Fisiología. Vrije. Bruselas.

Objetivos. Evaluar los marcadores biológicos Rnasa L (cociente RnasaL/Rnasa N y actividad), actividad de la elastasa y de la protein-kinasaR en los monocitos de sangre periférica de los pacientes con SFC.

Material y métodos. En 282 pacientes con SFC según los criterios de Holmes y Fukuda se determinaron los niveles de Rnasa L en los monocitos de sangre periférica (radiolabeled ligand/receptor assay) y actividad de la RnasaL (metodo enzimatico) y en 224 junto la RnasaL se determinó la actividad de la elastasa (metodo enzimatico colorimetrico) y la actividad de la protein-kinasaR (Western Blot). Los valores de normalidad se cifran en Rnasa Cociente < 0,5, Rnasa Actividad < 50, Elastasa Actividad < 70 y PKR actividad < 2. Las determinaciones se realizaron en los laboratorios RED de Bélgica.

Resultados. Los valores medios de RnasaL cociente fueron 3,2+/-3,8, RnasaL actividad 365,5+/-145, Elastasa actividad 1008,5+/-334 y PKR actividad 2,1+/-1,61. El cociente de Rnasa L fue superior a 0,5 en 263 pacientes (93,2%), la actividad de la Rnasa L fue superior a 50 en 235 (83,7%) y la actividad de la elastasa fue superior a 70 en 206 (92,8%) y la actividad de la PKR fue superior a 2 en 92 (41,07%). Se observó una correlación positiva entre Rnasa L cociente y Rnasa L actividad (r:0.610) y elastasa (r:0.541). Se observó una correlación negativa entre elastasa y PKR (r:-0.300).

Discusión. El SFC es una entidad clínica que se diagnostica de acuerdo con los criterios de Holmes y Fukuda. La Rnasa L en los monocitos de sangre periférica es un nuevo marcador que puede ser útil en la diferenciación entre los pacientes con SFC y fibromialgia y depresión. La elastasa es una importante enzima en la genesis de la Rnasa. También es interesante estudiar las diferentes vías de activación enzimática inducida por el interferon, tales como la protein-kinasaR, que ha estado implicado en la apoptosis celular.

Conclusiones. En los pacientes con SFC de nuestra serie la Rnasa L fue positiva en 93% y esta proteína estaba activada en más del 80%. La asociación entre la Rnasa L y la elastasa monocitaria sugiere la implicación de la elastasa en genesis del SFC y que podrian ser importantes los inhibidores de la elastasa en las futuras estrategias terapéuticas. *Beca Fundación Lair 2004.

V-205

ESTUDIO DE LOS PARÁMETROS ERGOMÉTRICOS, FUNCIÓN COGNITIVA Y MARCADORES BIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON SFC

L. Aliste¹, A. García², C. Javierre³, J. García², K. De Meirleir⁴, E. Ruiz⁵, J. Roses¹ y J. Alegre⁵

¹Instituto de Biometría. Barcelona. ²Unidad de SFC. Centro Medico Delfos. Barcelona. ³Departamento de Fisiología. Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ⁴Departamento de Fisiología. Vrije. Bruselas. ⁵Unidad de SFC. Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Valorar la relación entre los marcadores biológicos, con la disfunción neurocognitiva y la intolerancia al ejercicio físico.

Material y métodos. En 74 pacientes con SFC según los criterios de Holmes y Fukuda se determinaron los niveles de Rnasa L en los monocitos de sangre periférica (radiolabeled ligand/receptor assay),

actividad de la RnasaL (metodo enzimatico), actividad de la elastasa (metodo enzimatico colorimetrico) y la actividad de la protein-kinasaR (Western Blot). Se practico una prueba ergométrica en piernas y brazos, donde se valora la carga máxima, la frecuencia cardíaca, los niveles de lactato plasmático y el consumo máximo de oxígeno. Se realizó con la ayuda de un psicólogo experimentado la batería neuropsicológica Waiss (Weschler for adult subjects) y los parámetros neurocognitivos utilizados fueron: Índice de deterioro general (IDG), índice de deterioro cortical (IDC) e índice de deterioro subcortical (IDSC).

Resultados. Los valores medios del porcentaje del consumo máximo de oxígeno fueron de 49,41%, que representa un empeoramiento severo. Los valores de dicho consumo en piernas fue de 9,95 ml/kg/min. El porcentaje medio del consumo de oxígeno entre brazos y piernas fue del 70,64%. Los valores medios del IDG fue de 9,11, IDC 14,65 y IDSC 17,92. El cociente Rnasa L fue superior a 0,5 en 68 pacientes (91,9%), Rnasa L actividad > 50 in 94,6%, elastasa actividad > 70 in 96% y actividad de protein-kinasa^R > 2 in 40%. La Rnasa L mostró asociación significativa con la actividad de la elastasa (r = 0.418), carga maxima de trabajo en piernas (r = 0.259) y frecuencia cardíaca máxima en piernas (r = 0.248). La actividad de la elastasa mostro asociación con PKR (r = -0.550). El IDG mostro asociación con el porcentaje de captación de oxígeno (r = -0.305).

Discusión. El SFC es una entidad clínica que se diagnostica de acuerdo con los criterios de Holmes y Fukuda. La Rnasa L en los monocitos de sangre periférica es un nuevo marcador que puede ser útil en el diagnóstico del SFC. En la variada sintomatología del SFC, destaca la intolerancia al ejercicio físico y la disfunción cognitiva.

Conclusiones. En los pacientes con SFC la Rnasa L esta activada en más del 90%. Muchos de los pacientes tiene un deterioro subcortical con un significativo descenso en la captación de oxígeno durante el test ergométrico tanto en piernas como brazos. La asociación entre la Rnasa L y los parámetros ergométricos puede explicar el posible papel de la Rnasa L en la patogénesis de los síntomas musculares en pacientes con SFC. *Beca Fundación Lair. 2004.

V-206

SÍNCOPE, PRESÍNCOPE Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

I. Núñez Gil¹, E. Álvarez Rodríguez², M. Américo García², L. Diaz Vidal², A. Braña Cardena² y J. Pérez Pérez²

¹Cardiología, ²Medicina Interna. Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Estudiar los síncope/presíncope ingresados en nuestro centro para: describir las características, comorbilidades, estancia media y conocer el tipo de pruebas encaminadas a realizar el diagnóstico etiológico y su rentabilidad.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los ingresados con síncope en el Hospital Clínico, de 1-1-05 a 31-3-05. Criterios de inclusión: diagnóstico de síncope o presíncope. Se recoge: edad, sexo, antecedentes personales, tratamientos el último mes, clínica y complicaciones, pruebas diagnósticas y servicio, días de hospitalización y diagnóstico al alta, tratamiento del síncope en concreto. En el análisis y tratamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v13, así como MICROSOFT WORD 9.

Resultados. El primer trimestre de 2005 acudieron a urgencias 40373 personas, 5.637 fueron ingresados, incluimos en el estudio 90 pacientes (1,5% de los ingresos urgentes). Edad media: 75 años, con 47% varones. La estancia media fue de 7,41 días. En antecedentes personales encontramos factores de riesgo cardiovascular o enfermedades cardiovasculares 70. Episodios sincopales previos el 40%. Tratamientos que se podrían relacionar con la clínica, al menos el mes anterior a la admisión: 69 pacientes. Situación basal previa: dependientes 18, clase I NYHA 58, II 12 y III 2. Analizando la clínica; antes del estudio; 13 presíncope, 76 síncope y 1 drop attack. Complicaciones: 21 pacientes. Desglosadas: 21 caídas con 5 fracturas, 1 caso de rhabdomiolisis por permanencia prolongada en el suelo, 4 TCE y un caso que precisó intubación orotraqueal. Tras el estudio, se pautó tratamiento específico en 32. Diagnósticos (según guías de la Sociedad Europea de Cardiología 2004): Neuromediados: 27, vasovagal: 23, situacional: 4; Hipotensión ortostática: 10, fármacos (por ortostatismo): 6 (6,7%) fallo autonómico: 4;

Arritmias como causa primaria (incluye fármacos arritmogénicos): 12 (13,3%), enfermedad estructural cardíaca o cardiopulmonar: 7 (2 TEP); Causas de ataques no sincopales (comunemente mal diagnosticados como síncope): alteraciones sin afectación de la conciencia-caídas: 1, drop attack: 1; ataque isquémico transitorio: 2; alteraciones con pérdida de conocimiento parcial o completa; alteraciones metabólicas; hipoglucemias: 2; crisis comicial: 2; No filiado: 26 (29%). Pendientes de estudio: 21 enfermos. Los servicios: Unidad de corta estancia 47 (52%), medicina interna 19, cardiología 17, geriatría 1, neurología 1, UCI 1, endocrinología 1, urología 1 y traumatología 1. Dentro de los que acaparon más de un paciente, no se había llegado al diagnóstico en los siguientes: UCE 65% (17 casos), medicina interna 15%, cardiología 23%. Se realizó anamnesis completa, exploración física, analíticas, radiología de tórax y ECG. Se efectuaron pruebas complementarias cardiovasculares (holter, mesa basculante, ecocardiografía, EEF, cateterismo y gammagrafía), al menos una en 67 (74%). Pruebas neurológicas (TC craneal, EEG, doppler de troncos supraaórticos), al menos una en 26. Se analiza la rentabilidad de cada prueba aisladamente.

Discusión. La patología sincopal presenta dos problemas; su frecuencia, en nuestro estudio alrededor del 1,5% de los que ingresan desde urgencias y su multiplicidad de causas, que unido a la baja sensibilidad de las pruebas hace que en ocasiones el diagnóstico causal quede sin realizarse, hasta un 30%. Además, cabe la posibilidad del error diagnóstico, por lo que tal vez haya queden más enfermos de los que creemos sin diagnosticar o al menos, lo estén de manera incompleta. En nuestra serie, la edad media es elevada, lo que hace que confluían varias entidades en la génesis del problema, y que la cantidad de recursos invertidos y pruebas aumenten.

Conclusiones. El síncope/presíncope es una patología frecuente en ingresados de urgencias. Es común que sean añosos y con comorbilidad añadida, multifarmacia y episodios sincopales previos a su ingreso. Se suelen realizar bastantes estudios, que muchas veces no consiguen esclarecer la causa. Su manejo podría variar con el servicio. Sería interesante realizar estudios prospectivos con mayor número de casos y seguimiento.

V-208

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

A. Blázquez¹, T. Fernández de Sevilla¹, M. Arasanz², E. Ruiz¹, A. García³, T. Soriano¹, J. García³ y J. Alegre¹

¹Unidad de SFC. Vall d'Hebron. Barcelona. ²Instituto de Sexología. Barcelona. ³Unidad de SFC. Centro Médico Delfos. Barcelona.

Objetivos. Evaluar el funcionamiento sexual en mujeres con Síndrome de Fatiga Crónica.

Material y métodos. Hemos incluido 27 mujeres con Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) diagnosticadas según los criterios de Holmes o Fukuda y 15 mujeres sanas como controles. Todas ellas eran sexualmente activas dentro de una relación heterosexual estable, por más de dos años. Pacientes y controles con depresión y/o abuso sexual previo fueron excluidas. La severidad de la fatiga fue medida con el cuestionario FIS (Fatigue Impact Scale). El funcionamiento sexual fue medido con el cuestionario GRISS (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction) y 5 preguntas clínicas: 1) ¿Actualmente, qué importancia le daría a su sexualidad? (del 1 al 5), 2) ¿Ha practicado alguna vez la masturbación? (sí-no) 3) ¿Si pudiera, cambiaría algo de su vida sexual? (sí-no) 4) ¿Alguna vez tuvo fantasías sexuales? (sí-no), 5) ¿Cómo se siente después del acto sexual con su pareja? (exhausta o como experiencia negativa-positiva).

Resultados. La edad promedio del grupo de pacientes era de 38,6 años (R: 22-45 años) y del grupo control 28,4 años (R: 21-40 años). La puntuación media del FIS en pacientes y controles era, respectivamente, 29 y 5 puntos (dimensión cognitiva), 32 y 6 (dimensión física), 53 y 10 (dimensión social) y 113 y 20,5 (total) (p < 0.001). La puntuación media el cuestionario GRISS en pacientes y controles fue: infrecuencia 4p-3p, no comunicación 3p-4p, insatisfacción 9p-10p, evitación 7p-1p, no sensualidad 7p-8p, vaginismo 8p-6p, anorgasmia 8p-10p, respectivamente, con sólo diferencias estadísticas en la dimensión evitación (p < 0.001). La puntuación media sobre la importancia dada a la sexualidad en pacientes fue de 2 puntos y de 3 en controles. 63% de los pacientes habían practica-

do la masturbación y 56% tenían fantasías sexuales, sin diferencias estadísticas con los controles. 85% de las pacientes cambiarían algo sobre su vida sexual, en contraste al 33% en el grupo control (p = 0.001) y un 85% se sintió exhausta o teniendo una experiencia negativa después del acto sexual con su pareja en contraste con el 7% en el grupo control (p < 0.001). En pacientes, encontramos una correlación entre el total de la puntuación FIS y la vida familiar. Existen escasos estudios que valoren la disfunción sexual de etiología multifactorial, siendo la disfunción neurovegetativa un elemento importante.

Discusión. En el síndrome de fatiga crónica se ha descrito severa disfunción en el campo laboral, siendo una causa reconocida de incapacidad laboral, en el campo social y en la vida familiar. Existen escasos estudios que valoren la disfunción sexual de etiología multifactorial, siendo la disfunción neurovegetativa un elemento importante.

Conclusiones. Los pacientes con SFC tiene una media más elevada en la puntuación FIS que los controles. En el cuestionario GRISS encontramos diferencias entre pacientes y controles en la dimensión evitación. La mayor parte de las mujeres pacientes con SFC cambiarían algo sobre su vida sexual y se sintieron exhaustas o teniendo una mala experiencia después del acto sexual, en contraste con el grupo control. En el grupo con SFC encontramos correlación entre la puntuación FIS y las dimensiones del GRISS insatisfacción, evitación y sensualidad, y también con la sensación de estar exhaustas o teniendo una mala experiencia después del acto sexual.

V-209

ENFERMEDAD DE FAHR IDIOPÁTICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

C. Asensio, L. García Gómez, J. Arias, M. Ortega y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna. Prof. Pérez Cano. H.U. Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Las calcificaciones cerebrales son fisiológicas, pequeñas, afectan a núcleos pálidos y su prevalencia aumenta con la edad. Cuando son más extensas, bilaterales, aparecen a edades más tempranas y afectan a núcleos pálido, putamen, dentado y sustancia blanca hemisférica se habla de calcinosis estriado-pálido-dentada o enfermedad de Fahr. Existen diferentes causas que se asocian al desarrollo de la enfermedad de Fahr, las más frecuentes son las alteraciones del metabolismo fosfo-calcio, entre otras. Cuando nos encontramos ante esta patología hay que descartar el origen secundario de la misma por su potencial tratamiento. Descartado dicho origen, estaremos ante un cuadro de enfermedad de Fahr idiopática.

Material y métodos. Presentamos un paciente varón de 71 años, hipertenso y exfumador que acudió al Servicio de Urgencias por disartria de menos de 24 horas de evolución sin otra sintomatología. **Resultados.** Se realizó TC de cráneo objetivándose extensas calcificaciones parenquimatosas, simétricas, con afectación de núcleos dentados, tálamo, sustancia blanca y córtex. El estudio del metabolismo fosfo-calcio no mostró alteraciones. La eco-doppler de troncos supraaórticos resultó normal y la RM de cráneo mostró extensas calcificaciones parenquimatosas en las mismas localizaciones que la TC de cráneo.

Discusión. La enfermedad de Fahr fue descrita por primera vez por Karl Theodor Fahr en 1930. Las causas del depósito de calcio perivascular son: alteraciones del metabolismo fosfo-calcio, neuroinfecciones, LES, radio y quimioterapia, intoxicaciones por plomo y monóxido de carbono, y otras menos frecuentes. La clínica habitual son síndromes hipocinéticos, distonías y manifestaciones neuropsiquiátricas. En el caso que nos concierne, la desaparición de la clínica en menos de 24 horas junto con los factores de riesgo vascular que presentaba el paciente, nos han hecho pensar que el episodio actual se ha debido a un accidente isquémico transitorio y que los hallazgos radiológicos han sido casuales, sin que hasta el momento el paciente presente clínica secundaria a estas calcificaciones. De momento no hemos encontrado ninguna causa que justifique este depósito anormal de calcio por lo que nos encontramos ante un caso de Enfermedad de Fahr idiopática. La enfermedad de Fahr idio-

pática es una entidad poco frecuente. Se ha demostrado que presenta agregación familiar con h.a.d. y recientemente se ha hallado el locus primario en el cromosoma 14 q. Considerando este último punto y teniendo en cuenta la clínica que podría desarrollar el afectado, sería aconsejable un estudio familiar.

Conclusiones. Ante la presencia de calcificaciones intracerebrales extensas, bilaterales y que afecten a núcleos pálido, putamen, dentado y sustancia blanca hemisférica, debemos descartar un origen secundario, dado que las patologías subyacentes deben ser tratadas si existieran. Desechada esta posibilidad, asumiremos el diagnóstico de enfermedad de Fahr idiopática, debiendo realizar estudio y seguimiento a los familiares, ya que esta enfermedad presenta agregación familiar.

V-210

FACTOR VII ACTIVADO EN EL TRATAMIENTO DE HEMOPTISIS MASIVA A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Alcázar Carmona¹, G. Francisco Corral², A. Rodríguez Pérez³ y A. Sánchez González⁴

¹Medicina Interna, ²Neumología, ³Hematología, ⁴Urgencias. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Objetivos. Valorar la utilidad del factor VII activado a propósito de un caso de hemoptisis masiva.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo desde 1995 hasta 2005, de pacientes ingresados por hemoptisis masiva a quienes se les realizó embolización terapéutica. Sólo un caso recibió tratamiento adyuvante con factor VII activado y es el motivo de nuestra presentación.

Resultados. Se trata de un paciente varón, de 77 años, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa, con oxigenoterapia crónica domiciliar, enfermedad de Rendu-Osler, con cuadros de epistaxis ocasional, y varios ingresos previos por hemoptisis y hemorragia digestiva, que acude a urgencias por emisión de sangre roja abundante por la boca, cuantificada en las dos horas posteriores hasta 1.5 litros, con inestabilidad hemodinámica y respiratoria. Una vez descartado el origen digestivo u otorrinolaringológico del sangrado, se realizó fibrobroncoscopia urgente que mostró abundantes restos hemáticos en ambos hemisistemas bronquiales y sangrado activo procedente de lóbulo superior izquierdo. Se realizó tratamiento con suero salino frío y adrenalina tópica, así como medidas posturales y amchafibrín, a pesar de lo cual persistía el sangrado bronquial continuo, por lo que se administraron 2 dosis de factor VII activado (Novoseven 7 mg i.v.), con remisión del sangrado en una hora. Tras la estabilización hemodinámica y respiratoria se trasladó al paciente a otro centro para realizar embolización arterial, que se hizo en lóbulo inferior derecho y lóbulo medio, con excelente resultado en control angiográfico. Durante su estancia presentó dos nuevos episodios de mínima hemoptisis autolimitada.

Discusión. Nos planteamos la utilidad del factor VII activado en situaciones de sangrado amenazante para la vida, como en el caso que nos ocupa. Desde nuestra corta experiencia creemos que en este caso concreto tuvo especial relevancia la administración de factor VII, ya que el control agudo de la hemorragia fue bastante exitoso, y durante la posterior embolización diagnóstico-terapéutica se embolizaron zonas de arborización distal en LID y LMD, estando inactivo el sangrado en LSI causante de la hemoptisis masiva.

Conclusiones. Tras revisión bibliográfica en Medline, encontramos que el uso de altas dosis de factor VII activado ha sido ampliamente utilizado en pacientes con hemofilia A o B, sin embargo, su uso en pacientes con estos factores en sangre normales, pero con sangrados amenazantes para la vida, ha sido comunicado sólo en casos aislados: dos casos más de pacientes con hemoptisis masiva tratados con factor VII activado, en el contexto de poliangeítis microscópica y leucemia aguda respectivamente, con resultados satisfactorios, siendo nuestro caso el único comunicado de uso de factor VII en hemoptisis masiva secundaria a enfermedad de Rendu-Osler. La experiencia en nuestro centro pasa por otro paciente con hemorragia digestiva masiva tratado por el servicio de Digestivo con dosis altas de factor VII y excelente resultado terapéutico. Dados los escasos efectos secundarios de este tratamiento (muy pocos casos de trombosis secundaria al tratamiento), y pese a su alto coste, sería interesante realizar un estudio prospectivo para estimar la eficacia del

factor VII activado en casos de hemoptisis amenazante que no respondan a otras medidas.

V-211

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO Y DEL USO CON ANTICOAGULANTES ORALES AL ALTA

E. Quevedo Carmona, M. Parejo Sánchez, C. Tomás Jiménez, C. López Robles, D. Cano Sánchez, M. García Jerez, J. de la Higuera Torres-Puchol y J. Callejas Rubio
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Analizar el porcentaje de fibrilación auricular (FA), paroxística y FA permanente en los pacientes con FA que ingresan con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en los servicios de Cardiología y Medicina Interna en un hospital universitario. Evaluar el uso de anticoagulación oral (ACO) y antiagregación en el tratamiento antes del ingreso así como el uso de ACO u otros tratamientos en el momento del alta hospitalaria en función de la valoración del riesgo embolígeno (ACV, edad, DM, HTA).

Material y métodos. Se han revisado las historias clínicas de 75 pacientes con FA que ingresan por insuficiencia cardíaca durante un período de ocho meses (Enero-Agosto del 2005). Se revisa el tratamiento que previamente recibían para dicha arritmia. Estratificado según el riesgo de patología embolígena se analizan los cambios de tratamiento de la FA, mediante análisis estadístico con el programa SPSS-12.

Resultados. De 75 pacientes, 57 tenían FA previa crónica conocida, 38 pacientes estaban en tratamiento domiciliario con ACO (66.7%), 11 con antiagregantes plaquetarios (19.3%). Los 14 restantes presentaban FA paroxística: de ellos 6 con ACO (43% pacientes); 6 con antiagregantes plaquetarios (43%). 2 pacientes no tenían filiada el tipo de FA. Al alta hospitalaria, los 22 (63%) pacientes con riesgo embolígeno elevado recibían anticoagulación y 8 con antiagregación u otros tratamientos (23%). Se analiza así mismo la proporción de pacientes con bajo riesgo embolígeno que reciben tratamiento anticoagulante, antiagregante u otro tratamiento al alta hospitalaria. De los 42 pacientes (56%) en FA con tratamiento ACO al ingreso se paso a sólo 46 pacientes (61,3%) con dicho tratamiento al alta. Era el mismo porcentaje y número de pacientes con tratamiento antiagregante al ingreso al alta tratamiento: 17 (26%).

Discusión. Los estudios controlados y aleatorizados, así como distintos metaanálisis consideran que las formas de FA paroxística o crónica tienen similar riesgo embolígeno y por lo tanto igual estrategia de tratamiento. Independientemente de la fibrilación, se recomienda la estratificación del riesgo de persistencia de embolia en función de la edad, antecedente de ictus, DM e HTA que marca la elección de tratamiento con ACO o antiagregantes. No es fácilmente valorable y no están recogidas en el presente trabajo las preferencias del paciente y la accesibilidad a monitorización intensiva de terapia ACO. El bajo porcentaje (61,1%) de pacientes anticoagulados en el momento del alta hospitalaria, podría ser debido por una parte a la dificultad de manejo terapéutico de pacientes polimedcados, dificultad para acceder a monitorización, elección del paciente o contraindicación para ACO.

Conclusiones. 1) Se registra un bajo porcentaje de pacientes en FA con tratamiento ACO previo al ingreso en el hospital. 2) Se objetiva en la muestra analizada un bajo porcentaje de pacientes con alta estratificación de riesgo embolígeno que tengan tratamiento ACO prescrito alta. 3) No hay tendencia importante de aumento del tratamiento ACO desde el ingreso al alta. 4) Permaneció sin cambios el uso de antiagregantes durante la estancia en el hospital.

V-212

MORBIMORTALIDAD DE LAS HEMORRAGIAS EN LOS INGRESOS POR CARCINOMA OROFARINGE

A. García Egido, M. De la Fuente Coria, J. Naranjo Calero y A. Mogollo Galván

Medicina Interna. H. Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Conocer los ingresos por este tipo de tumores y variables epidemiológicas de los mismos, mortalidad global, incidencia de

sangrado como causa de ingreso y durante el mismo así como la mortalidad directamente atribuible al sangrado.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo para el que se analizan las historias clínicas de los pacientes ingresados con carcinoma de cabeza y cuello desde 1 enero 2001 a 31 diciembre 2004 en Unidad de Cuidados Paliativos del H Puerta del Mar.

Resultados. Se produjeron 38 ingresos de pacientes con este tipo de tumores, de estos, tres pacientes reingresaron en una ocasión, un paciente en dos ocasiones y otro en tres. De 32 pacientes 29 fueron varones. La edad media fue de 62 años [40-91]. La naturaleza del tumor fue en 30 de 32 casos epidermoide, su localización fue en 14 casos cavidad oral, 19 orofaringe y 5 laringe. El 50% de los ingresos fue exitus, 26% por sangrado. Solo en 6 casos (16%) el motivo causante de ingreso fue un sangrado. Durante su ingreso 8 pacientes que habían ingresado por otro motivo sangraron (25%). En cuanto a la gravedad del sangrado, de los pacientes que ingresaron por hemorragia 25% fallecieron como consecuencia de esta, mientras que de los pacientes que sangraron incidentalmente en su ingreso el 80% falleció por ello. De los 5 reingresados 2 por sangrado y uno fue éxitus atribuible a sangrado.

Discusión. Aunque la hemorragia es muy temida por los pacientes es poco frecuente causa de ingreso y su control es impredecible a pesar del manejo hospitalario, siendo su mortalidad alta en el hospital.

Conclusiones. La mortalidad global de los ingresos por estos tumores de cabeza y cuello es alta (50%). El sangrado es poco frecuente como motivo de ingreso (16%) pero ocasiona el éxitus en porcentaje alto (26%), la mayoría de las hemorragias causantes de ingreso se controlan pero las que suceden durante la estancia hospitalaria tienen alta letalidad (80%). Bajo porcentaje de reingresos por hemorragia y letalidad 50% de los mismos.

V-213

LA LECHE ENRIQUECIDA CON ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 DISMINUYE EN MAYOR MEDIDA LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE PCR QUE LA LECHE ENRIQUECIDA CON ESTEROLES VEGETALES

I. Pérez Camacho, E. Galán Dorado, F. Fuentes Jiménez, Y. Jiménez Gómez, N. Delgado Casado, B. Cortés Rodríguez, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez

Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Comparar el efecto de la administración de una leche semidesnatada enriquecida con esteroides vegetales y otra enriquecida con ácidos grasos omega-3 sobre los niveles plasmáticos de PCR. Secundariamente, evaluar la influencia de esta intervención sobre la glucosa, la tensión arterial y la función endotelial medida mediante láser Doppler.

Material y métodos. Estudio de intervención realizado con 15 pacientes con hipercolesterolemia poligénica. Se administraron 3 dietas (con un seguimiento de 4 semanas cada una) consistentes en una alimentación de tipo mediterráneo y 500 ml al día de leche semidesnatada que varía según la dieta: enriquecida con esteroides vegetales, ácidos grasos omega-3 o leche semidesnatada placebo. Se determinó al inicio el estudio y al fin de cada periodo: PCR ultrasensible, glucosa, tensión arterial y función endotelial.

Resultados. Al comparar el periodo con ácidos grasos omega-3 frente al de la leche enriquecida con esteroides vegetales, observamos una disminución de los niveles plasmáticos de PCR (1.32 ± 0.67 vs 1.48 ± 0.89) a favor de los ácidos grasos omega-3. No hubo diferencias significativas en el resto de determinaciones.

Discusión. Nuestros resultados muestran que una alimentación de tipo mediterráneo junto con leche enriquecida con ácidos grasos omega-3 disminuye las cifras de PCR en mayor medida que la administración de leche enriquecida con esteroides vegetales en el contexto de una dieta mediterránea.

Conclusiones. La leche semidesnatada enriquecida con ácidos grasos omega-3 resulta superior a la enriquecida con esteroides vegetales para la reducción de los niveles plasmáticos de PCR. Serían necesarios más estudios que comparasen el efecto de los alimentos funcionales sobre los parámetros inflamatorios.

V-214

INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS DE ANTICUERPOS: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 75 PACIENTES ADULTOS

F. Montoya Lozano, A. Robles Marhuenda, I. Pérez Valero, J. Ríos Blanco, P. Lavilla Uriol y A. Gil Aguado

Medicina Interna. La Paz. Madrid.

Objetivos. 1) Evaluar aspectos epidemiológicos de las inmunodeficiencias primarias de anticuerpos (IPA). 2) Estudiar el espectro clínico y la morbimortalidad de los pacientes afectados.

Material y métodos. Se incluyeron 75 pacientes adultos diagnosticados de una IPA, por la clasificación de la OMS, seguidos desde febrero de 1984 hasta Mayo de 2005. Se excluyeron los déficits aislados de IgA diagnosticados de manera incidental.

Resultados. Se incluyeron 44 varones y 31 mujeres; 8 agammaglobulinemias ligada al sexo (X-Ag), 55 síndrome variable común de inmunodeficiencia (SVCID), 8 deficiencia aislada de IgA (def.IgA), 3 síndrome de hiperIgM (HIgM) y 1 con agammaglobulinemia autosómica recesiva (AR-Ag). La edad media al diagnóstico en la X-Ag fue de 5 años, de 28 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 17 años para el SVCID, 14 para Def.IgA, y solo de 3 para el X-Ag e HiperIgM. El 93% de los pacientes presentaron algún tipo de infección significativa: respiratoria en 70 enfermos, gastrointestinales en 56, cutáneas y partes blandas en 25, sepsis en 13, meningitis en 9 y otras diversas en 38 pacientes (destacando las de etiología viral). Los agentes más frecuentes fueron H. influenza y S. pneumoniae en los procesos respiratorios; G. Lamblia y Campylobacter en los intestinales. Respecto a los virus, los del grupo ECHO y los rotavirus fueron los más prevalentes. Se evidenció patología autoinmune en 34 pacientes: gastritis crónica atrófica en 13, tiroiditis en 10, anemia hemolítica en 11, trombopenia en 8, vitiligo en 4 y otras sistémicas en 11 (destacando 3 artritis reumatoide, 2 lupus eritematoso sistémico, 2 síndrome antifosfolípido). Existía patología respiratoria residual (bronquiectasias, fibrosis pulmonar, insuficiencia respiratoria,...) en 54, digestiva (malabsorción, maldigestión,...) en 51 y hepática en 26. Se diagnosticaron 5 neoplasias (3 carcinomas gástricos, 2 linfomas no Hodgkin). Presentaron efectos adversos 20 pacientes (32%) de los 63 tratados con gammaglobulinas, siendo los más frecuentes las reacciones alérgicas, incluidos 2 shock anafilácticos; también se observaron 2 casos de meningitis aséptica asociadas a esta terapia, así como el contagio de VHC en 4. Fallecieron 16 enfermos (21%): 12 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.

Discusión. Las entidades más prevalentes (SVCID, def.IgA) son las que más retraso diagnóstico presentan. El aumento consecuente de procesos infecciosos, determina la aparición de patología residual, principalmente a nivel respiratorio y digestivo, implicando esto peor pronóstico. Los agentes patógenos son los habituales en las inmunodeficiencias humorales (cocos encapsulados, G. Lamblia), aunque son más prevalentes agentes atípicos. Aunque las manifestaciones habituales son consecuencia de procesos infecciosos, es frecuente la afectación autoinmune especialmente organospecífica. A diferencia de otras series, la neoplasia más incidente es el adenocarcinoma gástrico, sobre las neoplasias hematológicas. El uso sustitutivo de las inmunoglobulinas ha determinado una disminución de las complicaciones infecciosas y de la mortalidad, aunque un porcentaje elevado presentó efectos secundarios, principalmente inmuoalérgicos. Los procesos infecciosos son la causa más frecuente de muerte, aunque con menos frecuencia que otras series; seguidos por las neoplasias.

Conclusiones. El SVCID es la IPA más frecuente en la población adulta. Las manifestaciones clínicas y la causa más frecuente muerte fueron las infecciosas, aunque existe una importante asociación con la patología autoinmune y tumoral. La afectación residual respiratoria, gastrointestinal y hepática deben ser prevenidas, valoradas y tratadas por su frecuencia y repercusión clínica. Los efectos adversos del tratamiento con gammaglobulina son relativamente frecuentes.

V-215

MICOFENOLATO EN MANIFESTACIONES GRAVES DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS RESISTENTES A OTROS INMUNOSUPRESORES

I. Martín Suárez, S. Benito Conejero, E. Molano Tejada, C. Boarrachero, J. Rodríguez, F. Cuesta y E. Pujol de la Llave

Medicina Interna. Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Objetivos. El micofenolato (MCF) es un potente inmunosupresor con buen perfil de seguridad y con uso creciente en enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Presentamos nuestra experiencia en el uso de este fármaco en pacientes con manifestaciones graves de EAS resistentes a otros tratamientos.

Material y métodos. Revisamos las historias clínicas de 370 pacientes seguidos en una consulta de EAS. Se recogen múltiples variables clínicas que analizamos mediante una estadística descriptiva simple.

Resultados. Doce pacientes (4 varones y 8 mujeres) realizaban tratamiento con MCF. Cuatro pacientes presentaban una esclerodermia difusa con afectación pulmonar grave tratados inicialmente con ciclofosfamida en pulsos IV (CFIV) durante 48 ± 11.5 meses. El deterioro progresivo de la función pulmonar a pesar del tratamiento indujo a introducir MCF a dosis de 2-2.5 g diarios con estabilización de la función pulmonar en todos los casos a los 9 ± 3.3 meses de seguimiento y una ligera disminución de la rigidez cutánea. Dos pacientes presentaban vasculitis sistémica (1 Churg Strauss y una PAN microscópica). Ambos casos respondieron inicialmente a ciclo de CFIV de 24 meses pero recidivaron al suspender esta. La introducción de MCF a dosis de 1.5 g/24 horas indujo nueva remisión que se mantiene a los 9 ± 1.5 meses bajo tratamiento. Tres pacientes con neurobechet grave que recibieron diversos tratamientos inmunosupresores (azatioprina, clorambucil y CFIV) durante un tiempo medio de 3.9 ± 1.1 años con buenas espuestas iniciales y frecuentes recidivas de las manifestaciones neurológicas. La introducción del MCF indujo una respuesta clínica completa en los tres casos, que se mantiene a los 8.5 ± 3.2 meses. Tres paciente con LES y afectación renal (Nefropatías tipo III, IV y V) que habían recibido previamente tratamiento convencional con CFIV durante 6 ± 2.5 meses, con buena respuesta inicial. En los tres casos se cambió a MCF por diversos motivos (preservación ovárica, intolerancia a CFIV y recidiva de la enfermedad renal) con buena tolerancia y respuesta clínica en todos los casos tras 9.4 ± 4.5 meses. En ninguno de los pacientes tratados con MCF se produjeron efectos secundarios salvo intolerancia digestiva alta en un caso que cedió al reducir dosis.

Discusión. Nuestros pacientes con manifestaciones graves de EAS se tratan con estrategias agresivas estandar que suele incluir en muchos casos CFIV y, en la mayoría los casos, con buenos resultados. Sin embargo algunos pacientes como los presentados pueden no tener un curso evolutivo adecuado con falta de respuesta a la estrategia inmunosupresora y frecuentes recidivas. En este tipo de pacientes, el uso de MCF nos ha permitido sin efectos secundarios considerables, controlar la enfermedad durante el tiempo de seguimiento.

Conclusiones. El micofenolato es un potente inmunosupresor con buen perfil de seguridad y, en nuestra serie, eficaz en el tratamiento de manifestaciones graves de enfermedades autoinmunes sistémicas resistentes a otros tratamientos inmunosupresores.

V-216

LINFOCITOSIS B POLICLONAL PERSISTENTE: UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN MUJERES FUMADORAS CON LINFOCITOSIS

N. Iniesta Arandia¹, J. Ríos Blanco¹, I. Castro Dufourny¹, A. Robles Marhuenda¹, I. Pérez Valero¹, M. Morado Arias², A. Gil Aguado¹ y J. Vázquez Rodríguez¹

¹Medicina Interna, ²Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La linfocitosis B policlonal persistente (LBPP) es una rara enfermedad caracterizada por la presencia de una moderada linfocitosis en sangre periférica. Su etiología es desconocida hasta la fecha, aunque se ha relacionado con la infección crónica por el virus de Epstein-Barr, el consumo de tabaco y la presencia del antígeno de histocompatibilidad DR7. Habitualmente tiene un curso benigno. El reconocimiento de esta enfermedad es esencial a fin de diferenciarla de procesos linfoproliferativos malignos, así como de identificar esta entidad probablemente infradiagnosticada por el clínico.

Material y métodos. Presentamos el caso de una paciente con linfocitosis policlonal persistente con una particular presentación clínica.

Resultados. Mujer de 49 años remitida a la consulta de Medicina Interna por elevación de la VSG. Entre los antecedentes personales figuraban un hábito tabáquico y bronquitis crónica. La exploración física no mostró hallazgos de interés. En las pruebas de laboratorio destacaban una linfocitosis relativa con linfocitos estimulados en el frotis de sangre periférica, así como elevación de IgM. Las serologías para lúes, toxoplasma, citomegalovirus, virus Epstein-Barr, Virus de las hepatitis B y C y HIV fueron negativas. Los estudios de imagen descartaron la existencia de linfadenopatías o hepatoesplenomegalia. Se realizó citometría de flujo y estudio de los antígenos de histocompatibilidad con resultados compatibles con el diagnóstico de LBPP.

Discusión. Se comentan las características clínicas y morfológicas de esta enfermedad, así como se discute sobre el manejo terapéutico que ha de seguirse en los casos de LBPP.

Conclusiones. Habitualmente la linfocitosis policlonal persistente tiene un curso clínico indolente, no obstante, se recomienda un seguimiento temporal. Asimismo queremos resaltar la importancia de identificar correctamente esta enfermedad que por otra parte creemos poco diagnosticada.

V-217

SÍNDROME DE SWEET, REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

J. Marco Lattur¹, J. Usó Blasco¹ y M. Marco Lattur²

¹Medicina Interna. Hospital General de Castellón. Castellón. ²Medicina Interna. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca.

Objetivos. Describir las características clínicas de la dermatosis neutrofilica aguda febril o Síndrome de Sweet.

Material y métodos. Los casos de Síndrome de Sweet de los últimos diez años fueron recuperados con la ayuda de la base de datos del Servicio de Documentación del Centro, que utiliza la versión española de The International Classification of Diseases, 9ª Revisión (ICD-9-CM). Inicialmente se realizó una búsqueda de todos los casos con los códigos 695.89, de los que se seleccionaron aquellos en los que el Síndrome de Sweet constaba como diagnóstico principal. Se

Tabla 1. Resultados. (V-217).

| Casos | Sexo | Edad al diagnóstico | Número de lesiones | Localización | Biopsia | Tratamiento | Desencadenante |
|-------|--------|---------------------|--------------------|------------------|---------|-------------|--------------------------------|
| 1 | Mujer | 47 | varias | Tórax, MSI | Sí | Prednisona | Desconocido |
| 1 | Mujer | 52 | varias | Tórax, MSI, MSD | Sí | Prednisona | Desconocida |
| 3 | Mujer | 44 | varias | Cuello, MSI, MSD | Sí | Prednisona | Infección dental, fármacos |
| 4 | Hombre | 68 | varias | Tórax, espalda | Sí | Prednisona | Infecciones vías respiratorias |

obtuvieron 5 casos, correspondiendo uno de ellos a una paciente en edad pediátrica.

Resultados. ver tabla 1

Discusión. El Síndrome de Sweet es un cuadro clínico que cursa con fiebre, neutrofilia y lesiones cutáneas en forma de placas o nódulos eritematosos de localización en cara y extremidades superiores, que responden rápidamente al tratamiento con esteroides sistémicos. Histológicamente se observa un infiltrado neutrofilico de la dermis en ausencia de infección, vasculitis o presencia de células malignas. Afecta más frecuentemente a mujeres. En el 20% de los casos se asocia a neoplasias, siendo más frecuentes las hematológicas y posteriormente las sólidas, aunque también se han observado otras asociaciones como fármacos, enfermedades autoinmunes e infecciones. **Conclusiones.** Se trata de una patología poco prevalente. Su asociación a neoplasias hace obligado el estudio y seguimiento de los pacientes, ya que en ocasiones antecede a la aparición de la neoplasia. Existen otras causas aparte de las tumorales que también deben ser tenidas en cuenta tales como infecciones o ingesta de determinados fármacos.

V-218 PANCREATITIS AGUDA ASOCIADA A FITOBEZÓAR INTESTINAL

P. Peña Quintana, J. Muñoz de Unamuno, M. Tubio, M. Suárez, A. Martín Sánchez, L. Calvo, J. Pérez Marín y P. Gómez

Medicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Los bezóar son conglomerados de material no digerible que suelen constituirse en el tubo digestivo cuando coinciden determinadas circunstancias en un mismo individuo. El aparato digestivo es sin duda el órgano afecto con mayor frecuencia, y su denominación (fitobezóar, tricobezóar, farmacobezóar, quimiobezóar, etc.) dependerá de los constituyentes de la masa formada. La cirugía gastrointestinal, los trastornos de la motilidad o secreción gastrointestinal, y los desórdenes alimenticios-deglutorios, son las circunstancias que subyacen habitualmente en los casos de bezóar gastrointestinal. La localización del bezóar, su tamaño, su composición, y la comorbilidad asociada en el paciente afecto van a determinar la aparición de complicaciones. Se resalta la importancia de la sospecha de esta entidad por el elevado riesgo de complicaciones graves si no se procede a su tratamiento precoz. Se expone el caso de una paciente sin comorbilidad conocida, consumidora importante de mango, fruta tropical muy consumida en Canarias, que sufrió un 2º episodio de fitobezóar, complicándose en esta ocasión con una pancreatitis aguda, y requiriendo laparotomía con yeyunotomía longitudinal para la evacuación de la masa vegetal.

Material y métodos. Se revisaron en Pubmed y Medline las principales publicaciones médicas relacionadas con patología digestiva por bezóar. Se obtuvieron imágenes digitales de nuestro caso clínico, incluyendo TAC abdominal y la yeyunotomía con el parto del bezóar.

Resultados. La paciente presento un cuadro clínico y enzimático compatible con pancreatitis aguda no litiasica que hemos atribuido a la irritación ampular por el bezóar a su paso, con reducción del drenaje biliar e incremento de la presión de modo retrógrado, aunque la compresión extrínseca del pancreas por la masa podría también haber jugado un papel. La mala evolución clínica de la paciente con datos que sugerían persistencia de la clínica suboclusiva tras una mejoría inicial las primeras 48-72 horas motivo la repetición del TAC abdominal con el hallazgo de la masa bezoárica en asas de intestino delgado.

Discusión. En pacientes sometidos a cirugía de úlcera péptica u otras intervenciones que alteren la motilidad gastrointestinal, el diagnóstico diferencial de cualquier cuadro de dolor abdominal rebelde o síntomas-signos de sub/oclusión intestinal debe incluir la formación de un bezóar a este nivel. Esto mismo se aplicará a enfermos graves, encamados en su domicilio de modo prolongado y/o con tratamientos reductores de la motilidad gastrointestinal. El diagnóstico del bezóar requiere una actitud terapéutica rápida para evitar la aparición de complicaciones.

Conclusiones. Presentamos el primer caso descrito de fitobezóar de repetición por mango, en una paciente que por otro lado reunía otras condiciones que hacen su caso excepcional; sufrió una subo-

clusión intestinal, y asoció una pancreatitis aguda, muy escasamente documentado en la literatura. Por mecanismos aún no aclarados, los bezóar gastroduodenales podrían complicarse con pancreatitis agudas, si bien esta asociación requiere siempre la exclusión de otros mecanismos etiopatogénicos mucho más frecuentes, fundamentalmente la coledocolitiasis.

V-219 RABDOMIOLISIS CRURAL BILATERAL COMPLICADA CON FRACASO RENAL AGUDO Y SÍNDROME COMPARTIMENTAL POR CONSUMO AISLADO DE CRACK Y OTRAS DROGAS

J. Muñoz de Unamuno, P. Peña Quintana, M. Tubio, F. Acosta de Bilbao, E. Pisos Álamo, R. Bautista Salinas, L. Calvo y P. Gómez

Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Se expone el caso de un varón de 29 años que tras consumir crack, alcohol, cannabis y opiáceos presentó una rabdomiolisis masiva glútea y crural bilateral, complicada con un sd.compartimental que requirió fasciotomía descompresiva, y un fracaso renal agudo que requirió hemodiálisis.

Material y métodos. Se revisan los casos de rabdomiolisis asociada a tóxicos en Pubmed y Medline. Se incluyen fotografías que muestran la intensa distensión crural y los diferentes momentos quirúrgicos en la fasciotomía que permitió resolver el sd. compartimental.

Resultados. A su ingreso en la uci el paciente fue estabilizado hemodinámicamente, iniciándose hemodiafiltración continua. Ante el empeoramiento de la distensión crural con intenso dolor e impotencia funcional; y el inminente desarrollo de un sd. compartimental se decidió realizar una fasciotomía crural bilateral. Las pérdidas hidro-salinas intersticiales (compartimento miofascial) por las incisiones crurales fueron notables requiriendo balances neutros con suspensión transitoria de la hemodiafiltración, e incluso balances positivos. La función renal no se recuperó por lo que a su alta el paciente fue citado por el servicio de nefrología para programación de diálisis periódicas. Mediante cirugía plástica se reparó la herniación bilateral de los vastos externos.

Discusión. El consumo de cocaína se ha relacionado con cuadros de rabdomiolisis hasta en un 5% de los consumidores. El crack y la administración iv producen picos séricos mayores con aumento del riesgo. El vasoespasmio de arteriolas musculares y la inhibición de la recaptación sináptica de catecolaminas con hiperactividad muscular y aumento del calcio intracelular serían los mecanismos patogénicos más aceptados cuando se asocian otros tóxicos (alcohol, opiáceos, hipolipemiantes, etc.). El riesgo de rabdomiolisis se multiplica. La adopción de posiciones sostenidas o el compromiso de su vasculatura acelerarían la lesión muscular.

Conclusiones. La presentación de cuadros de rabdomiolisis crural bilateral por cocaína es muy infrecuente; y la asociación con fracaso renal agudo y sd. compartimental hacen que este caso sea excepcional en todo paciente con disminución del nivel de conciencia que presente tóxicos en sangre u orina, o deterioro de la función renal, el diagnóstico diferencial deberá incluir la rabdomiolisis, y la determinación de los niveles séricos de Creatin-fostato-kinasa (cpk) permitirá confirmar esta posibilidad. Deberá vigilarse en estos pacientes la evolución de la tensión en las extremidades por el riesgo de desarrollar un sd. compartimental.

V-220 «STRAWBERRY GUMS» FORMA INFRECUENTE Y PRECOZ DE GRANULOMATOSIS DE WEGENER

J. Yanes Martín¹, L. Porras Leal¹, M. García Arpa², F. Ceres Alabau¹, D. Bellido Pastrana¹, J. Gijón Rodríguez¹, S. Rodríguez Álvarez¹ y M. Mañas García¹

¹Medicina Interna, ²Dermatología. C.H. de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos. La Granulomatosis de Wegener (GW) es una enfermedad compleja que afecta a varios órganos con un mal pronóstico si no se instaura tratamiento precoz. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos, serológicos e histológicos. Pero en ocasiones, en fases pre-

coces, es posible que no cumpla todos los criterios o que se manifieste con formas clínicas menos frecuentes que debemos conocer para sospechar esta entidad.

Material y métodos. Presentamos el caso de una paciente de 57 años de edad sin antecedentes patológicos de interés salvo urticaria crónica e hipercolesterolemia, que ingresa en planta de Medicina Interna por cuadro de cefalea, otalgia y Poliartralgias de cuatro semanas de evolución. La cefalea es frontoparieto-temporal izquierda con sensación de giro de objetos, inestabilidad en la marcha y pérdida de audición. Un mes antes del ingreso presentó una lesión en mucosa gingival, granulomatosa y friable reseca por el Servicio de Dermatología con la descripción anatomopatológica de hiperplasia pseudo-epiteliomatosa con tejido de granulación e inflamación aguda y crónica inespecífica. En la exploración destaca edema periorbital en ojo izquierdo y los dedos de ambas manos están edematosos, calientes y con impotencia funcional. En la analítica realizada se observó un aumento de reactantes de fase aguda (fibrinógeno 654, VSG 101, Alfa2 globulinas 16.9, PCR 3.48) siendo el hemograma y la bioquímica normales. La radiografía de tórax no presenta hallazgos patológicos. Se realizó estudio autoinmune con resultado positivo para C-ANCA (título 1/320). Con este dato se hace estudio de función renal (orina de 24 horas, sedimento y aclaramiento de creatinina) que es normal y TAC torácico donde se describen imágenes nodulares de contorno espiculado de 1 cm de calibre sin cavitación en ambos campos pulmonares superiores con distribución peribroncovascular. Se realizó resonancia magnética nuclear craneal donde se objetiva hiperdensidad de señal a nivel de oído medio y celdillas mastoideas del lado izquierdo compatible con otitis media serosa. Se completó el estudio con gammagrafía ósea que informa de aumento de la actividad osteogénica en región mastoidea izquierda y orbitaria ipsilateral de características inespecíficas. En función de los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos obtenidos se diagnostica de enfermedad de Wegener y se inicia tratamiento con corticoides y ciclofosfamida vía oral.

Discusión. La afectación de la mucosa gingival en la GW es poco frecuente (según series entre 7%-10%) y entre las distintas formas de expresión hay una característica aunque no específica, que es «strawberry gums» o encía en fresa. Por sus características clínicas junto con los hallazgos histopatológicos en algunas publicaciones se considera patognomónico de granulomatosis de Wegener. Queremos resaltar además de la característica de ser una forma poco frecuente de expresión, el hecho de que suele aparecer en estadios iniciales de una enfermedad donde el diagnóstico y tratamiento precoz son importantes para prevenir la morbimortalidad asociada a la GW. Esta lesión desaparece con el inicio del tratamiento combinado de esteroides y ciclofosfamida.

V-221

ABSCESO HEPÁTICO MULTILOCULADO. TRATAMIENTO CON UROCIASA. PRESENTACIÓN DE UN CASO M. Ruiz Clemente¹, M. Pérez Gil², I. Buedo Sotos³, L. De Benito Córdón¹ y M. Hervás Laguna¹

¹Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna.

²Radiodiagnóstico. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Virgen de la Luz. Cuenca.

Material y métodos. Varón de 49 años que consulta por fiebre de hasta 41 °C de 7 días de evolución, sin sintomatología focal de ningún tipo. Exploración Física: T^{39.3} TA 110/70 Postrado. ACP: Normal. Abdomen: Blando depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias palpables; Pruebas Complementarias: SE: leucocitos: 16.800 (ne: 78% li: 4% cayados: 8%) Hb 12.9 Hto 38.3 Plaquetas 192.000 Coagulación: Normal Ecografía abdominal: lesión redondeada de 8 cm. de diámetro con múltiples áreas quísticas en su interior : muy probable quiste hidatídico. Exámenes complementarios en planta: SE: leucocitos: 19.800 (neutrofilia y linfopenia acusadas); Hb 11.6 VSG 55/78. Coagulación: Normal. fibrinógeno 900. Bioquímica: GOT 96 GPT 87 F. Alcalina 273 GGT 359 LDH 500. PCR 138. Serología de hidatidosis, VHB, VHC, CMV y VIH negativas. VEB Ig G positivo. Hemocultivos Negativos. TAC Abdominal: lesión focal hepática de 13 cm multiloculada, situada en el lóbulo hepático derecho, compatible con absceso hepático.

Resultados. Evolución: Inicialmente se instauró tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-clavulámico pese a lo cual el paciente

persistió febril con picos de hasta 40 °C, precedidos de tiritonas. Tras la realización del TAC Abdominal se cambió antibioterapia por Piperacilina-Tazobactam y Gentamicina a las dosis habituales y se programó drenaje percutáneo guiado por TAC. Se obtuvieron 200 cc. de material purulento cuyo cultivo resultó negativo. El paciente continuó presentando picos febriles aunque refería mejoría clínica subjetiva. El TC de control mostró discreta mejoría pero persistía absceso multiloculado a pesar de realizarse lavados con suero a través del catéter. Finalmente se decidió instilar a través del catéter fibrinolíticos. Se utilizó urokinasa a dosis de 50.000 UI cada 8 horas con lo que se consiguió la resolución completa del absceso.

Conclusiones. El tratamiento con antibióticos de los abscesos hepáticos como única medida terapéutica suele ser ineficaz sobre todo en el caso de lesiones de gran tamaño. En la mayoría de casos es necesario el drenaje del absceso, bien quirúrgico bien percutáneo. El drenaje percutáneo guiado por Ecografía o TAC es, en principio menos agresivo y en la mayoría de ocasiones se consigue la resolución completa, por lo que habitualmente se prefiere este. El tratamiento con fibrinolíticos es seguro y eficaz en los abscesos multiloculados que contienen tabiques de fibrina.

V-223

INFARTO ESPLÉNICO EN UNA PACIENTE CON HOMOCISTINURIA

L. Porras Leal, J. Yanes, J. Flores, D. Bellido, P. Calderón, M. Mañas, J. Ros y J. Gijón

Medicina Interna. C.H. Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos. La homocistinuria es un trastorno congénito del metabolismo de la metionina, caracterizado por la elevación en plasma y orina de las concentraciones de homocisteína, producido por una actividad nula o deficiente de la enzima cistatiotransferasa. Las manifestaciones clínicas se asemejan a otra enfermedad del tejido conjuntivo: Síndrome de Marfan. La principal diferencia entre ellas, estriba en el aumento de la homocisteína, leve retraso mental y un mayor riesgo de trombosis venosa profunda.

Material y métodos. Presentamos el caso de una mujer de 73 años, con antecedentes de hernia de hiato, anemia megaloblástica. Consulta por dolor de 48 horas en zona posterior del muslo izquierdo, que aumenta con la bipedestación. También dolor en ambas parrillas costales, tos y disnea. No fiebre ni expectoración. A la exploración destaca microstomía, miopía, pectus carinatum, escoliosis, aracnodactilia, signo de Walker-Murdoch positivo, signo de Steinberg negativo. La auscultación pulmonar fue normal; en miembros inferiores livedo reticularis, vitiligo y signo de Homans positivo con calor y dolor en miembro inferior izquierdo (MII). En la analítica destaca gasometría arterial pCO₂ 59 mm Hg, pO₂ 32.9, satO₂ 92.8%, ANA 1/320, CA125 45.1, homocisteína total en plasma 76.7 μmol/l, Vitamina B₁₂ < 100 mcr/ml. La radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos patológicos. Se realiza Eco-doppler de MII objetivándose TVP del eje femoral común superficial. La gammagrafía de ventilación-perfusión pulmonar es de baja probabilidad de Tromboembolismo pulmonar. En el TAC Toraco-abdominal destaca una hernia de hiato y en el bazo se observa una lesión hipodensa periférica de morfología triangular compatible con infarto; TVP en miembro inferior izquierdo que afecta a vena femoral superficial, femoral común, iliaca y penetra 1-3 cm en vena cava. En la escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAISS-III) presentó un nivel Muy bajo (C.I. : 62) que corresponde con un leve retraso intelectual.

Discusión. La Homocisteína es un aminoácido intermediario para la transformación de la metionina en cisteína. Es conocida su relación con la trombosis venosa profunda. Se ha relacionado con retraso mental, osteoporosis, anormalidades oculares, arteriosclerosis severa prematura, infarto de miocardio, estenosis de arteria carótida, demencia, ictus recurrentes e infartos cerebrales silentes. También queremos destacar la probable relación en esta paciente que presenta vitiligo con la Homocistinuria, pues ambos procesos mejoran con tratamiento con ácido fólico.

Conclusiones. Ante la sospecha de TVP y hábito marfanoide, deberíamos pensar en la Homocistinuria, pues fenotípicamente son parecidas y si es la variante Homocistinuria con respuesta a vitamina B6 en un 50% de las ocasiones responden al tratamiento con Piridoxina, vitamina B12, ac. fólico y dieta pobre en metionina.

V-224**ADIPONECTINA Y FACTORES INFLAMATORIOS EN LA DM 2****T. González Alegre, J. Rioja, M. Ariza, E. Ulzurrum, P. Valdivielso y P. González Santos***Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Málaga.*

Objetivos. En un estudio reciente se ha comprobado que los pacientes con mayores niveles de adiponectina presentan menor riesgo de desarrollar DM 2. El objetivo de este estudio es tratar de evaluar el papel de la hipoadiponectinemia en la patogénesis de la DM tipo 2, así como la influencia de otros factores inflamatorios (PCR Y TNF- α). **Material y métodos.** Se han incluido pacientes con DM tipo 2 en estado de relativa compensación metabólica (HbA1c < 8) reclutados de las consultas de Lípidos y Diabetes del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, así como de varios Centros de Salud del área de dicho Hospital. Se han determinado el Colesterol (C) y Triglicéridos (T) totales mediante métodos enzimáticos. C y T de VLDL, LDL y HDL mediante el método abreviado de las LRC. Se han realizado Apo A1, B100, E, CII y CIII, Lp (a) mediante inmunoturbidimetría. Homocisteína mediante HPLC por el método modificado de Vester y Rasmussen. C de LDL pequeñas y densas mediante Lipoprint Quantimetrix Sistem. Glucosa mediante el método enzimático HK. Insulina plasmática mediante quimioluminiscencia. Se ha calculado el índice HOMA con estos parámetros. El análisis estadístico se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS para Windows.

Resultados. Se han incluido 150 pacientes con DM tipo 2 en estado de relativa compensación metabólica (HbA1C < 8%). De ellos, 77 (51,3%) son varones y 73 (48,7%) son mujeres. La edad media es 58,94 (rango 26-78), similar en hombres y mujeres. Los niveles de PCR son superiores en las mujeres ($p = 0,000$) aunque sólo en 5 casos (4 de ellos, mujeres) se superan los valores considerados claramente de riesgo vascular (> 3 mg/l). Las cifras de PCR muestran una correlación positiva con los niveles de TG-VLDL así como IMC y cintura. El rango de variación de la adiponectina en una población sana oscila entre 2000 y 20.000 ng/ml, con una media aproximada de 6.000 \pm 4.000; la adiponectinemia, como condición deletérea, se considera cuando los valores están por debajo de 4.000 ng/ml. Carecemos de valores de referencia en población sana realizados en nuestro laboratorio, pero, no obstante, los valores medios del total de la muestra y de los subgrupos por sexos se encuentran dentro de los rangos anteriormente citados. Existe una diferencia por sexos siendo superiores los valores en mujeres ($p = 0,042$). En 16 (14 hombres y 2 mujeres) de los 98 casos en que se ha determinado la adiponectina, es decir, en un 16,3%, su valor es inferior a 4.000, y valores por debajo de 6.000 se presentan en 44 casos (44,9%), 31 hombres y 13 mujeres. Con respecto a los parámetros de resistencia a la insulina hemos encontrado una correlación negativa significativa con el índice HOMA ($p < 0,05$), mientras que no llega a alcanzar significación estadística ($p = 0,07$) con los niveles de insulinemia.

Discusión. En diversos estudios se ha demostrado que las concentraciones de adiponectina son menores en diabéticos que en individuos sanos, ajustando para IMC y edad. Esta parece ser la situación de nuestra serie. También se ha demostrado que las concentraciones de adiponectina correlacionan negativamente con los niveles de insulina y resistencia a la insulina. Nosotros encontramos esta correlación con el índice HOMA. Nuestra observación apoya la línea que va consolidándose del papel potencial de la hipoadiponectinemia en la patogénesis de la DM tipo 2.

Conclusiones. La concentración de adiponectina es menor en los pacientes con DM 2. Esta menor concentración de adiponectina se relaciona probablemente con la resistencia a la insulina y con el desarrollo de DM 2.

V-226**¿CUANTAS PASTILLAS? «HOW MANY PILLS?». ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE LA POLIFARMACIA REAL. ¿ES REALMENTE VEROSÍMIL CUMPLIR UN TRATAMIENTO ASÍ?****F. Jódar Morente¹, V. Navarro Pérez¹, M. Álvarez², S. Bermudo Conde¹, A. Márquez¹, J. Trujillo¹, S. Reyes¹ y N. Marín Marín¹**¹M. Interna, ²Farmacia. Médico Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. Evaluar el número de dosis de medicación que se recibe al alta del Servicio. Identificar aquellas medicaciones que requieren

una mayor dedicación por parte del paciente. Identificar aquellas medicaciones que aumentan las tomas diarias sin aportar un beneficio objetivo y contrastado. Encontrar diferencias en la prescripción y número de tomas entre los distintos grupos de edad y sexo

Material y métodos. Se examinaron todos los informes de alta de una sección del servicio de M. Interna del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén comprendidos entre los meses de junio, julio y agosto de 2004. Se registraron la edad y el sexo del paciente, número de patologías crónicas y agudas, número absoluto de medicación que tomaba y número de dosis de dicha medicación, quedando excluidos aquellos pacientes en los que dichos datos aparecieran incompletos o dieran lugar a error. Se emplearon técnicas informáticas y estadísticas para el análisis de los datos obtenidos.

Resultados. Total pacientes: 100 ingresados a cargo de M. Interna y dados de alta entre el 18-6-2004 y el 28-8-2004. Total hombres: 56; Total mujeres: 44; N° especialidades médicas prescritas: Hombres: 161; Mujer: 130. Hombres: N° de tomas de fármacos: 614.38 dosis. Media: 10.97 \pm 6.18 tomas al día; Patologías crónicas: 238. Por paciente: 4.25; Patologías agudas: 129. Por paciente: 2.36; Por grupo de edad: Mayores de 80 años: 9.93 \pm 6.1 tomas diarias; Entre 75-80 años: 14.62 \pm 7.41 tomas diarias; Entre 65-70 años: 8.58 \pm 5.48 tomas diarias; Menores de 65 años: 7.65 \pm 6.71 tomas diarias; Mujeres: N° de tomas de fármacos: 468.63 dosis. Media: 10.90 \pm 7.25 tomas al día; Patologías crónicas: 160. Por paciente: 3.64; Patologías agudas: 109. Por paciente: 2.48; Por grupos de edad: Mayores de 80 años: 10.71 \pm 7.61 tomas diarias; Entre 75-80 años: 9.78 \pm 5.59 tomas diarias; Entre 70-75 años: 16 \pm 11.47 tomas diarias; Entre 65-70 años: 6 tomas diarias; Menores de 65 años: 8.37 \pm 4.32 tomas diarias; Tomas diarias según fármaco: Hombres: Inhaladores 112, Antibióticos 63, gastroprotección 54, Reguladores motilidad intestinal: 42, Diuréticos 37, Antihipertensivos 32, etc; Mujeres: Inhaladores 51, Suplementos 47.03, Reguladores de la motilidad intestinal 38, Antihipertensivos 34, Antibióticos 32, Gastroprotección 32, etc.

Discusión. Con independencia del sexo, existe un alto número de tomas de fármacos en los pacientes estudiados. Hay un pico de toma de medicación en los grupos de 70-75 en mujeres y 70-80 años en hombres que coincide con una mayor prevalencia de patologías crónicas y agudas, existiendo una distribución tipo «curva de Gauss» en el número de dosis que debe tomar un paciente según su edad - Los dispositivos de administración de medicación vía inhalada suponen la mayor cantidad de tomas que debe realizar un paciente. En las mujeres el mayor esfuerzo lo supone el aporte de elementos deficitarios así como fármacos reguladores de la motilidad intestinal - En los varones la toma de antibióticos y la gastroprotección es la medicación que va a suponer un mayor número de dosis. La prescripción en sujetos varones es más variada que en las mujeres. Los mucolíticos, de efectividad discutida, siguen teniendo una gran prevalencia en nuestro medio.

Conclusiones. Dada la gran profusión de dosis de fármacos en los pacientes pluripatológicos, la cuidadosa elección del fármaco, el uso de fármacos de dosis única diaria y la prescripción de especialidades médicas de eficacia contrastada pueden ayudar a mejorar el cumplimiento terapéutico prescrito, así como disminuir la sensación subjetiva del paciente de que está tomando demasiados fármacos lo que contribuirá a la correcta toma de la medicación.

V-227**GANGLIONEUROMA: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS****M. Blanco Daroca¹, J. Urkijo Labrador¹, F. Díaz Alcázar¹, F. Mendoza Gutiérrez¹, A. Ruiz Díez¹, J. De la Viuda Unzueta¹, I. Imaz Murga² y J. Goicoechea Artola³**¹Medicina Interna. Hospital de Galdakao. Galdakao, Bizkaia.²Anatomía Patológica. ³Cirugía General. H. de Galdakao.

Galdakao, Bizkaia.

Objetivos. Presentar la experiencia de nuestro servicio en el diagnóstico y tratamiento del ganglioneuroma, una entidad infrecuente.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes con ganglioneuroma diagnosticados en nuestro servicio en los últimos diez años. El diagnóstico se realizó en todos los casos por estudio histológico después de resección quirúrgica. Se analizan las características clínicas, analíticas, radiológicas y evolutivas. Se realiza una revisión bibliográfica en la base de datos MEDLINE, 1966-julio 2005.

Resultados. Se han diagnosticado 4 casos: 2 varones y 2 mujeres con edades comprendidas entre los 16 y 54 años (media de 35 años). En todos los casos el hallazgo fue accidental, no habiendo clínica local ni secreción hormonal. Un paciente asoció síndrome de SAPHO. Las masas se localizaron en 2 casos en retroperitoneo, uno en mediastino posterior y otro en zona presacra. En todos los casos superaron los 10 cm. En la TAC estuvieron bien delimitados, con baja atenuación y en dos casos la imagen era quística-necrótica. Se realizó RMN en 3 de los casos presentando hipointensidad en frecuencias T1 e hiperintensidad heterogénea en T2. En dos de los casos se realizó punción-biopsia aspirativa guiada por TAC, que fue sugestiva de tumoración neural ganglioneuroma (no se realizó en los dos casos localizados en retroperitoneo por no ser factible). En todos los casos se realizó resección quirúrgica que fue curativa, incluyendo la desaparición de la clínica de SAPHO en un caso, con seguimientos entre 6 meses y 8 años.

Discusión. El ganglioneuroma es un raro tumor neurogénico que se origina en ganglios del sistema simpático. Se considera el homólogo benigno del neuroblastoma. Se da preferentemente en personas de menos de 20 años con ligero predominio en mujeres, no observado en nuestra serie. Asienta en mediastino posterior (43%), retroperitoneo (32%) o cuello (8%); la localización presacra es excepcional. Su evolución es lenta y su clínica tardía derivada de su incremento de volumen; 10-20% pueden tener excreción elevada de catecolaminas en orina sin síntomas asociados. Los hallazgos de TAC y RMN son inespecíficos pero orientadores. El diagnóstico es anatomopatológico, siendo útil la punción-biopsia aspirativa preoperatoria (diagnóstica en nuestra serie en los dos casos en que se realizó). Es benigno y se cura con la extirpación quirúrgica.

Conclusiones. El ganglioneuroma es una tumoración neurógena rara, frecuentemente asintomática, prevertebral. Ante imágenes (TAC, RMN) compatibles tiene utilidad la biopsia por punción aspirativa preoperatoria.

V-228 VOLUMEN PLAQUETAR Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J. Sevilla Moya¹, M. Quintana Díaz², P. Arribas Arribas¹ y P. Comas¹

¹Medicina Interna. Hospital de Figueras. Figueras, Girona.

²Cuidados Intensivos. Residencia de Talavera de la Reina. Talavera de la Reina, Toledo.

Objetivos. Nos proponemos valorar la influencia del volumen plaquetar medio en el síndrome coronario agudo ¿permite discriminar entre la progresión de la placa inestable hacia infarto de miocardio o hacia angina?

Material y métodos. Se recogen de manera sucesiva los datos de todos los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Residencia Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina, Toledo) con la orientación diagnóstica de síndrome coronario agudo: infarto agudo de miocardio o angor inestable. A cada paciente se determinan a su llegada al centro estudio analítico con hemograma completo por autoanализador tipo Coulter así como otras determinaciones bioquímicas: proteínas totales, fibrinógeno, colesterol total y fracciones (HDL y LDL) y triglicéridos. Posteriormente se realizará estudio estadístico mediante test de regresión logística para comprobar si existe relación significativa.

Resultados. La regresión logística aplicada demuestra asociación estadísticamente significativa que relaciona un mayor volumen plaquetar con la angina inestable. Por el contrario, el infarto de miocardio presenta una asociación significativa con un mayor número de leucocitos. (se aportarán las tablas más adelante si procede).

Discusión. De creciente interés es el encontrar una explicación a la diferente evolución de un mismo proceso fisiopatológico como es la rotura de una placa aterosclerótica inestable. El mecanismo que conduce a una oclusión completa o parcial de la arteria coronaria aún no ha sido dilucidado con claridad. Diferentes estudios epidemiológicos ya han demostrado una asociación entre un volumen plaquetar elevado en pacientes con angor estable que presentan en su evolución un mayor número de eventos coronarios. Sin embargo, aún no hay trabajos que aclaren de forma taxativa este punto.

Conclusiones. El volumen plaquetar medio elevado se asocia a mayor tendencia a evolución hacia angina del síndrome coronario agu-

do. Un mayor número de leucocitos se asocia a mayor tendencia hacia el infarto de miocardio. Podría intuirse que la angina se asociaría más con un proceso de mecanismo predominantemente trombotico, mientras que el infarto sería un proceso con predominio de un mecanismo inflamatorio.

V-229 ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES EPOC EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Martín Sánchez, E. Pisos Álamo, J. Muñoz de Unamuno, M. Tubio, P. Peña Quintana, J. Pérez Marín, M. Suárez y P. Gómez

Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Canarias. Las Palmas de G.C., Las Palmas.

Material y métodos. Los pacientes ingresados desde marzo hasta agosto de 2005 en el servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital diagnosticados de EPOC mediante espirometría fueron sometidos a un estudio bioquímico de parámetros nutricionales, test de calidad de vida (San George) y estado nutricional (MNA), y se determinaron parámetros antropométricos incluyendo: peso, talla, perímetros braquiales y de pantorrilla, y pliegue tricipital. Un total de 20 pacientes cumplieron los criterios de inclusión citados y no presentaron criterios de exclusión que incluían fundamentalmente incapacidad para determinar parámetros antropométricos o realizar los citados tests. Se creó una base de datos en SPSS versión 12.0 y se obtuvieron parámetros descriptivos de nuestra muestra y correlación de parámetros nutricionales, estadiaje EPOC, calidad de vida, variables antropométricas, y número de ingresos en el período citado.

Resultados. Se advirtió una buena correlación entre estadiaje EPOC indicativo de mayor gravedad, y parámetros analíticos de desnutrición a medio-largo plazo inferiores. También en los pacientes con un estadiaje EPOC moderado y grave el pliegue tricipital arrojó valores inferiores a los de los pacientes con menor limitación de su función pulmonar. Finalmente se obtuvo una relación inversa estadísticamente significativa entre puntuación en test de calidad de vida, y estadiaje EPOC; si bien no hubo correlación significativa entre dicho test y los parámetros de desnutrición.

Discusión. Diversos estudios vienen mostrando la importancia del estado nutricional en el pronóstico del paciente EPOC y el riesgo de reingresos. Nuestro estudio presenta una buena correlación entre grado de enfermedad pulmonar y severidad de la desnutrición, lo que plantea que ello podría deberse no sólo a la enfermedad pulmonar sino también al deterioro de la calidad de vida con mayor número de ingresos y mayor dificultad para lograr de manera prolongada un adecuado aporte alimenticio.

Conclusiones. La nutrición del enfermo EPOC debería ser considerada un factor determinante en la evolución de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

V-230 ABSCESO EPIDURAL COMO PRESENTACIÓN DE UN MIELOMA MÚLTIPLE

A. Barbudo, R. Tirado Miranda, E. Merino del Amo, J. Jiménez Sánchez, E. M. Sánchez Cañete, J. R. Siles Rubio, J. Ruiz de Castroviejo y J. Criado Montilla

Hospital. Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Material y métodos. Presentamos el caso de una mujer de 61 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial de 15 años de evolución, amigdalectomizada, apendicectomizada y mastectomizada por neoplasia de mama derecha 20 años antes. Seguía tratamiento con atenolol y clortalidona.

Resultados. Fue remitida desde atención primaria por presentar cuadro de varios días de evolución de dolor torácico de características osteomusculares que migraba a cadera derecha y se acompañaba de astenia progresiva y calambres en miembros inferiores. Aditivamente lumbalgia irradiada a veces a miembros inferiores que le dificultaba la deambulación y que mostró una intensidad creciente. La exploración física evidenció una paciente obesa, hemodinámicamente estable y afebril, con dolor a la palpación de región glútea derecha, sacroilíacas y apófisis espinosas lumbares. La auscultación cardiopulmonar fue normal. La palpación abdominal no de-

mostró la existencia de masas ni visceromegalias. Tampoco se palpaba adenopatías periféricas. En los estudios de laboratorio destacaba una creatinina de 4,84 mg/dl, discreta anemia normocrómica normocítica y una leucocitosis con desviación izquierda (20.960 l/mm con un 90% de neutrófilos). En 1 de 3 hemocultivos se aisló estafilococo aureus. El proteinograma no mostró banda monoclonal ni tampoco se demostró proteinuria en orina de 24 horas. Las pruebas radiológicas simples no mostraron alteraciones. La TAC torazo-abdominal fue informada como chialiditis y nefromegalia bilateral. Se realizó RM de columna dorso-lumbar que demostró la existencia de espondilodiscartrosis con profusión discal L4-L5 que estenosaba discretamente ambos agujeros de conjunción. La evolución de la paciente fue desfavorable con empeoramiento clínico progresivo requiriendo ingreso en UCI donde falleció a pesar de soporte hemodinámica y antibioticoterapia de amplio espectro ajustado por antibiograma. Se realizó necropsia previo consentimiento de la familia que fue informada como absceso epidural dorso-lumbar con extensión a tejidos blandos en paciente con mieloma múltiple y riñón de mieloma.

Conclusiones. La forma de presentación de un mieloma múltiple como absceso epidural es excepcional. En una búsqueda bibliográfica por términos clave («Multiple Myeloma» AND «Epidural Abscess»), ningún caso ha sido publicado. Así mismo, en más del 97% de los casos de mieloma múltiple se detecta un componente monoclonal en sangre u orina, lo que no sucedió en nuestro paciente, por lo que creemos de interés realizar esta comunicación.

**V-231
EFECTOS DEL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS COTIDIANO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON LUPUS**

N. Navarrete Navarrete, M. Peralta Ramírez, P. Macías Mir, F. Jaén Águila, C. García García, J. Jiménez Alonso, y G. Estudio de Lupus Virgen de las Nieves
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Algunos autores sugieren que los eventos estresantes mayores padecidos por las personas con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) pueden provocar disturbios psicológicos. Sin embargo, nosotros pensamos que el estrés cotidiano es el más relacionado con la producción de disturbios psicológicos. Nuestro grupo de trabajo ha demostrado que hasta el 74,1% de los pacientes con lupus percibe un empeoramiento clínico de su sintomatología debido a los efectos del estrés diario. También hemos observado que estos pacientes presentan mayor actividad de la enfermedad, con cambios significativos en los niveles de complemento (fracciones 3 y 4) y de DNAn. Pensamos que el tratamiento del estrés cotidiano en este grupo de pacientes puede mejorar la percepción de los síntomas del lupus y la actividad de la enfermedad. Nuestro objetivo es demostrar la eficacia del tratamiento del estrés sobre la percepción de los síntomas relacionados con el lupus y la disminución de la actividad de la enfermedad en un grupo de pacientes con lupus y estrés cotidiano.

Material y métodos. Se ha evaluado a cincuenta pacientes con lupus y estrés, diagnosticado éste con instrumentos psicológicos validados internacionalmente, a lo largo de 2 años. Los pacientes han sido distribuidos aleatoriamente en dos grupos homogéneos en sus características socioeconómicas, niveles de estrés, depresión, ansiedad, vulnerabilidad al estrés, autoeficacia y percepción de síntomas relacionados con el lupus. A uno de los grupos se les ha ofrecido una terapia de tipo cognitivo-conductual, impartida por un grupo experimental de psicólogos. La terapia ha constado de una reunión semanal de 2 horas de duración a lo largo de tres meses. El objetivo principal de la terapia ha sido ayudar a los pacientes a manejar su estrés cotidiano a través del conocimiento y la práctica de diversos estilos de afrontamiento, así como mejorar su autoeficacia.

Resultados. Los resultados preliminares indican que los pacientes que han recibido la terapia experimentan una reducción significativa en los niveles de depresión, ansiedad, vulnerabilidad al estrés y percepción de síntomas, así como mejoría en los niveles de autoeficacia y calidad de vida ($p < 0,005$). La diferencia entre los dos grupos es significativa hasta los 6 meses de la finalización de la terapia y posteriormente se mantiene la tendencia a la significación hasta los

dos años. También hemos observado que los pacientes que han sido tratados refieren menos síntomas relacionados con el lupus que los pacientes que no han recibido la terapia.

Discusión. El estrés cotidiano está presente en la vida de todas las personas y aún más en las de los pacientes con enfermedades crónicas, como el lupus. Esta investigación confirma que el tratamiento eficaz de este tipo de estrés reduce la incidencia de enfermedades psicológicas y produce una menor experimentación de la sintomatología relacionada con el lupus. Los niveles de actividad del lupus, medida con la escala internacional SLEDAI, tienden a la reducción aunque de momento no hayamos confirmado diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes.

Conclusiones. El estrés cotidiano es el que más se relaciona con los disturbios psicológicos encontrados en los pacientes con lupus. Su tratamiento adecuado disminuye la incidencia de tales disturbios, mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes y disminuye los síntomas relacionados con el lupus.

Resultados.

| | Vulnerabilidad | Percepción | Ansiedad | Depresión | Autoeficacia |
|-------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| | síntoma | | | | |
| Basal-fin terapia | $p < 0,005$ | $p < 0,012$ | $p < 0,003$ | $p < 0,001$ | $p < 0,029$ |
| Basal-7 meses | $p < 0,05$ | $p < 0,06$ | $p < 0,04$ | $p < 0,16$ | $p < 0,09$ |

**V-232
LINFOMA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

D. Avellanal, I. Oriñuela, M. Delgado, A. Andía, J. C. Gainzarain, L. Vega, A. Aberasturi y F. Carreras
Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apostol. Vitoria-Gasteiz, Vitoria.

Objetivos. Revisar los casos de linfoma diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 10 años. Conocer las características de los pacientes, el método diagnóstico empleado, los resultados del tratamiento que se les administra y la pauta de seguimiento posterior.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados y/o tratados y seguidos por nuestro servicio por linfoma entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2004. Recogida de datos clínicos, epidemiológicos, analíticos, radiológicos y de anatomía patológica mediante hoja de recogida validada por nuestro servicio.

Resultados. Características de la muestra: resultó una muestra válida de 100 pacientes para análisis de datos: 81 casos de linfoma no Hodgkin (LNH) y 19 de enfermedad de Hodgkin (EH). Epidemiología: los pacientes diagnosticados de LNH son mayores (media 70 años contra 48 en EH) y son más frecuentemente mujeres (50% vs 37%). Su procedencia más frecuente es el servicio de urgencias (50%) y el motivo de consulta más frecuente es la adenopatía (35%). Diagnóstico y estadiaje: La PAAF fue diagnóstica tan solo en un 12% de pacientes con LNH, y en todos ellos se requirió posteriormente biopsia ganglionar. Los pacientes con LNH presentaban una mediana de índice de riesgo (IPI) de 3 (riesgo intermedio/alto) y más del tercio tenían un IPI de 4 o 5 (riesgo alto). Estos pacientes presentaban un estadio avanzado con una mediana de III en el estadiaje y 59 de ellos (73%) tenían una enfermedad en estadio III o IV. Los pacientes con EH sufrían una enfermedad menos avanzada con una mediana de II en el estadiaje y un índice de riesgo de 2. Tratamiento: LNH: por una parte se trataron con intención curativa 63 pacientes, con una edad media de 68 años y diagnóstico de linfoma folicular (LF) en 24% de los casos y de linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) en 38%. El resto de linfomas juntos se diagnostican en este grupo en otro 38% de casos. Se alcanzó una remisión completa tras su primera pauta de tratamiento en más del 57% de los casos (68% en LBCG, 55% en LF y en torno al 60% en el grupo restante). El 50% de los pacientes vivían a fecha 31.12.04 con una supervivencia media de 45 meses frente a los 33 de media que vivieron los 31 pacientes de este grupo fallecidos. Por otra parte se trataron 6 pacientes VIH (5 SIDA), más jóvenes (38 años), con un índice de riesgo menor, y remisión completa en 50%. Los 3 pacien-

tes con RC viven a fecha 31.12.04 con una supervivencia media de 40 meses. Los 3 fallecidos durante el período estudiado no superaron los 6 meses de supervivencia. Por último 12 pacientes no se trataron por contraindicación al diagnóstico, enfermedad concomitante grave, mala calidad de vida o fallecimiento al diagnóstico. Estos pacientes son mucho mayores (83 años de media), la mayoría varones con LBDG y una supervivencia muy corta, en torno a 4 meses de media. EH: se alcanza RC en 94% de los tratados. 1 paciente falleció por un carcinoma de pulmón, 1 al diagnóstico (no se trató) y en otro caso no se ha recogido la causa del fallecimiento. Predominaron los casos de EH subtipo esclerosis nodular (10) y celularidad mixta (4). Solo se diagnosticó un caso en VIH (SIDA), con RC y buena evolución. Seguimiento: el seguimiento de los pacientes se efectuó más frecuentemente con exploración física y análisis de sangre cada 6 meses y TAC y gammagrafía con galio cada año (en linfomas avidos al diagnóstico).

Conclusiones. Los pacientes diagnosticados y tratados por linfoma en nuestro servicio son mayoritariamente pacientes mayores, con LF y LBDG de riesgo intermedio-alto y estadio avanzado. Se tratan según las recomendaciones internacionales y los resultados del tratamiento son similares a los descritos en la literatura. Recalcar el papel crucial de la biopsia ganglionar al diagnóstico y la utilidad limitada de la PAAF.

V-233

TRATAMIENTO MARCIAL (A PROPÓSITO DE 965 CASOS CONSECUTIVOS Y SOMETIDOS A UN PROTOCOLO)

J. Fernández García¹, C. Gutiérrez del Río², R. Fernández Alonso¹, A. García Oria¹, M. González García¹, V. Robles Marinas¹ y A. Velasco²

¹Servicio de Hematología-Hemoterapia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes (SESPA). Gijón, Principado de Asturias.

Objetivos. La ferropenia con o sin anemia, es una de las carencias más importantes que sufre la humanidad, en el momento actual, tanto en los países desarrollados como subdesarrollados. Al margen de corregir la causa, debe realizarse un tratamiento marcial adecuado para conseguir un rápido y completo restablecimiento de los pacientes. Ello supone trabajar con métodos para asegurar un éxito seguro en casi el 100% de los casos. Desde hace 30 años, hemos desarrollado progresivamente un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica que deseamos divulgar por su simplicidad y eficacia. No se incluyen pacientes pediátricos.

Material y métodos. En estos últimos 30 años, hemos atendido 965 casos consecutivos de anemia ferropénica, siguiendo un protocolo con estas líneas rectoras: un notable esfuerzo diagnóstico para aclarar las posibles causas de la carencia de hierro; y, una sistematización del tratamiento en el que dominan dos ideas: la preeminencia de las sales ferrosas vía oral, salvo en contadas ocasiones que se usa el hierro intravenoso, y, la necesidad de constatar el completo restablecimiento del paciente, amén de eliminar la causa si se puede.

Resultados. 1. Las causas más comunes de ferropenia con o sin anemia, en nuestro medio son las siguientes: en las mujeres, en período fértil, las pérdidas ginecológicas incrementadas; Y, en los adultos, hombres y mujeres, la hernia hiatal, la toma de gastroerosivos, la úlcera gastroduodenal, los tumores digestivos, la enfermedad inflamatoria intestinal y causas poco habituales (Enfermedad de Rendu-Osler, tumores benignos de intestino delgado, cirrosis con varices esofágicas...). En el viejo al margen de las causas señaladas, los tumores malignos, especialmente del intestino grueso ocupan un lugar preeminente, así como la diverticulosis. 2. Se consiguió un tratamiento etiológico en el 95% de los pacientes. 3. Para la ferropenia se utilizó como guía fundamental de dosis y pauta, la intensidad de la anemia así como controles periódicos reglados. Se cuidó mucho, como parte esencial del tratamiento, el relleno final de los depósitos una vez normalizados la cifra de hemoglobina y el volumen corpuscular medio. 4. No se transfundió a ningún paciente pese a cifras de Hb netamente bajas.

Conclusiones. 1. La anemia ferropénica es un síntoma de una enfermedad subyacente que no siempre se encuentra. 2. La ferropenia oral cubre al 95% de los pacientes, siendo excepcional la ferro-

terapia parenteral. 3. La ferropenia debe ser reglada desde el comienzo al final. De no ser así, fracasa con frecuencia.

V-234

HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA (A PROPÓSITO DE 6 CASOS VISTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL)

C. Gutiérrez del Río¹, R. Fernández Alonso², A. García Oria², M. González García², V. Robles Marinas², A. Velasco¹ y J. Fernández García²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología Hemoterapia. Hospital de Cabueñes (SESPA). Gijón, Principado de Asturias.

Objetivos. La Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN) o Enfermedad de Marchiafava Micheli, es un síndrome hemolítico secundario a un defecto adquirido de la membrana eritrocitaria, por el que los eritrocitos presentan un aumento de la sensibilidad a la acción lítica del complemento. Modernamente, la citometría de flujo, tanto de glóbulos rojos como leucocitos permite hacer un rápido screening de los casos sospechosos.

Material y métodos. En estos últimos 30 años, hemos diagnosticado y tratado 6 casos de HPN. Para el diagnóstico de confirmación se utilizaron tanto las pruebas indirectas clásicas (Hemosiderina en Orina, Test de Ham-Dacie, Test de la Sacarosa, Fosfatasa Alcalina Leucocitaria) como las directas actuales (CD 59 y CD 55 en glóbulos rojos; y, CD55, CD59, CD14, CD 34 y CD 67 en glóbulos blancos).

Resultados. 1. Fue más frecuente en mujeres que en hombres (4/2). 2. Edad, media 58 años. Edades extremas: 29 y 72 años. 3. Manifestaciones clínicas iniciales: astenia, dolor lumbar y emisión de orinas oscuras ocasionales. 4. Manifestaciones analíticas iniciales: Bicitopenia en 4 casos (anemia con leucopenia o con trombopenia). Pancitopenia en 2 casos. 5. Estudios diagnósticos: fueron positivos en todos los casos el Test de Ham, la hemosiderina en orina y el test de la sacarosa, así como estudios generales de hemólisis. Por razones históricas, sólo fueron estudiados tres pacientes con pruebas de citofluorometría de flujo estando descendidos tanto en leucocitos como hematíes los antígenos CD55 y CD59. 6. Sólo se estudió la médula ósea en 2 casos de pancitopenia, demostrándose una aplasia medular. En estos casos, los reticulocitos estaban descendidos y las reservas de Fe medular descendidas o inexistentes. 7. El tratamiento realizado estuvo en función de los resultados iniciales; en los casos de aplasia, se les administraron andrógenos y corticoides así como suplementos de hierro si lo precisaron. En los casos no complicados, hierro a demanda y atención de las crisis hemolíticas con fluidoterapia y concentrados de hematíes lavados. 8. Evolutivamente, no hubo complicaciones trombóticas. Si fueron frecuentes las infecciones, especialmente urinaria; y un caso desarrolló una LAM. 9. La supervivencia media del grupo está en 12 años.

Conclusiones. La HPN debe ser considerada siempre que a una ferropenia crónica se asocie.

V-235

EL BORTEZOMIB (VELCADE) UN NUEVO FÁRMACO ÚTIL EN EL TRATAMIENTO DEL MIELOMA LA HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA (A PROPÓSITO DE 5 PACIENTES TRATADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL)

R. Fernández Alonso¹, A. García Oria¹, M. González García¹, V. Robles Marinas¹, A. Velasco², J. Fernández García¹ y C. Gutiérrez del Río²

¹Servicio de Hematología-Hemoterapia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes (SESPA). Gijón, Principado de Asturias.

Objetivos. El mieloma múltiple (MM) sigue siendo una enfermedad incurable. Como bien es sabido, se caracteriza por la proliferación neoplásica de una clona de células plasmáticas que producen un inmunoglobulina de carácter monoclonal. Las consecuencias son bien conocidas: destrucción esquelética, hipercalcemia, anemia, insuficiencia renal, infecciones de repetición y síndrome de hiperviscosidad. Deseamos incidir, ofreciendo los resultados que hemos obteni-

do con un fármaco muy prometedor y con un mecanismo de acción muy novedoso como inhibidor del proteosoma.

Material y métodos. En estos últimos 12 meses hemos incluido 5 pacientes de MM con 2 recaídas previas, en un protocolo con Bortezomib. En todos ellos la enfermedad estaba activa y en progresión y con escasas posibilidades terapéuticas. Para evaluar la respuesta se tuvieron en cuenta el Consensus report Scientific Advisor International Myeloma Foundation de 2003 y las recomendaciones de los asesores científicos de la casa productora del fármaco.

Resultados. 1. Cuatro casos han respondido bien al tratamiento consiguiéndose una respuesta completa con un promedio de 8 tandas. Fue más frecuente en mujeres que en hombres (4/2). 2. Uno de los cuatro casos anteriores sólo recibió 3 tandas de tratamiento; éste hubo de interrumpirse por el desarrollo de una grave neuropatía sensitivo motora; y pese a que respondió bien a la vitamina B1 y a Gabapentina, se ha suspendido el tratamiento definitivamente porque se asociaban otros síntomas intensos (náuseas, diarreas, hipotensión y fiebre). 3. Un quinto caso, no ha ido bien. Tras una buena respuesta inicial con tres tandas hubo de suspenderse el tratamiento durante dos meses por una complicación infecciosa. Ello supuso una nueva progresión de la enfermedad y un imposible control con Bortezomid aunque se le haya asociado Dexametasona. 4. En cuatro pacientes, los efectos adversos fueron menores (diarreas, náuseas, vómitos, trombopenia, cefaleas). Sólo uno desarrolló una neuropatía severa como ya se señaló. 5. Es pronto para evaluar la supervivencia del grupo con este tratamiento.

Conclusiones. 1. El índice de respuestas completas obtenidas se puede considerar bueno, tratándose de una tercera línea de tratamiento. 2. La toxicidad del fármaco es bajo. Pero, cuando se presenta con intensidad, aconseja el abandono del mismo. 3. Intuímos que este fármaco va a ganar puestos en su indicación. De hecho se ha convertido recientemente, vía legal, en nuestro país como opción segunda línea en el MM. Personalmente, estamos convencidos que se utilizará pronto como primera línea de tratamiento en combinación con la quimioterapia, para obtener respuestas mejores y más duraderas; o, de no ser así, como el fármaco ideal que no se ha encontrado como mantenimiento.

V-237

SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS (A PROPÓSITO DE 237 CASOS VISTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL)

M. González García¹, V. Robles Marinas¹, A. Velasco², J. Fernández García¹, C. Gutiérrez del Río², R. Fernández Alonso¹ y A. García Oria¹

¹Servicio de Hematología-Hemoterapia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes (SESPA). Gijón, Principado de Asturias.

Objetivos. La catalogación de los síndromes mielodisplásicos o Anemia Refractarias, supuso, en la década de los setenta del siglo pasado, un neto avance en la comprensión de muchos cuadros hematológicos, hasta entonces poco o mal entendidos. A la clasificación inicial del Comité Franco/Americano/Británico (FAB) se han ido añadiendo, con el tiempo, nuevas variedades de Síndromes Mielodisplásicos. En efecto se han ido describiendo nuevas formas de mielodisplasia y se seguirán describiendo en un futuro próximo. Ello va a permitir clasificar cada día más cualquier alteración hematológica. El médico internista, de este modo, podrá liberarse de muchas incógnitas hasta ahora inaclaradas.

Material y métodos. Nos proponemos analizar 237 Síndromes mielodisplásicos primarios vistos por nosotros en estos últimos dieciocho años. Prescindimos de los síndromes mielodisplásicos secundarios asociados a quimioterapia previa y/o Radioterapia. Para esta revisión reclassificamos los casos según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estando inicialmente estudiados según criterios de la FAB.

Resultados. 1. Media de edad: 74 años; edades extremas 8 y 95 años. 2. Respecto al sexo: más frecuentes en hombres (56,96%) que en mujeres (43,03%). 3. Supervivencia media 37,6 meses/paciente. 4. La distribución según la clasificación de la FAB con obligado estudio de médula ósea fue la siguiente: Anemia Refractaria simple: 46 casos (19,41%); Anemia Refractaria Sideroblástica: 59

casos (24,9%); Anemia Refractaria con exceso de blastos: 60 casos (23,32%); Anemia refractárea con exceso de blastos en transformación, 12 casos (5%); Leucemia mielomonocítica, 45 casos (19%); otras variedades, 15 casos (6,3%). 5. Aplicando la clasificación de la OMS, los resultados fueron estos: siguiendo esta clasificación se excluyeron los 59 casos de Anemia Refractaria con exceso de blastos en transformación y Leucemia mielomomática crónica quedando la serie así: Anemia Refractaria Simple: 11 casos (6,2%); Citopenia Refractaria con displasia multilineas: 32 casos (18%); Síndrome 5q- : 3 casos (17%); Anemia Refractaria con exceso de blastos tipo 1: 28 casos (15,7%); Anemia Refractaria con exceso de blastos tipo 2: 32 casos (18%); Anemia Refractaria Sideroblástica: 59 casos (33,1%); otras variedades e inclasificables: 13 casos (7,3%). 6. El análisis multivariante de nuestra serie demostró los datos que peor pronóstico conllevan: edad de más de 60 años ($p = 0,03$); sexo masculino ($p = 0,021$) y porcentaje de blastos de más del 5% en médula ósea ($p = 0,032$). 7. El índice pronóstico español demostró: Supervivencia de 63 meses en los de bajo riesgo, 26 meses en los de riesgo intermedio y 6 meses en los de alto riesgo.

Conclusiones. 1. Los datos españoles, a través de nuestro grupo de pacientes se superponen a los de otros países. 2. La Anemia Refractaria Sideroblástica es el subtipo de la FAB más frecuente. 3. Es importante elaborar un índice pronóstico (el IPE u otros) para dar una información adecuada a pacientes y familiares.

V-238

TROMBOCITEMIA ESENCIAL (A PROPÓSITO DE 94 CASOS VISTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL)

V. Robles Marinas¹, A. Velasco², J. Fernández García¹, C. Gutiérrez del Río², R. Fernández Alonso¹, A. García Oria¹ y M. González García¹

¹Servicio de Hematología-Hemoterapia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes (SESPA). Gijón, Principado de Asturias.

Objetivos. La Trombocitemia Esencial (TE), ha pasado de ser una enfermedad de raro diagnóstico, a convertirse en una enfermedad frecuente. Dos hechos han incidido en ello: Por un lado, la frecuencia con la que se analiza a la población general; y, por otro, la benignidad evolutiva de la mayoría de los casos. Ante una trombocitosis que supere las 60.000 plaquetas/mm³, el médico general y el médico internista deben excluir las causas secundarias más comunes; y, una vez hecho esto, dirigir al paciente al médico hematólogo para que éste, siguiendo criterios universalmente aceptados y tras estudio de médula ósea, valorar si el paciente reúne criterios diagnósticos de TE.

Material y métodos. En estos últimos treinta años hemos diagnosticado y seguido a 94 pacientes con TE. Bien entendido que el diagnóstico comenzó a ser frecuente a partir de la década de los ochenta del siglo pasado, cuando se generalizó la realización del hemograma automatizado, estabilizándose el número de casos/año en la década de los noventa. Para el diagnóstico, una vez excluidas las causas de trombocitosis secundarias, se siguieron los criterios del Policitemia Vera Study Group.

Resultados. 1) En nuestra casuística fue más frecuente en mujeres que en hombres 68 mujeres/26 hombres. 2) La edad promedio fue de 71 años con edades extremas de 20 y 89. 3) Una evaluación pronóstica inicial con vistas a seleccionar el tratamiento, arrojó estos datos. El 71% de los pacientes fueron considerados de bajo riesgo. Sólo el 29% fue considerado como de elevado riesgo y objeto de tratamiento. 4) Las modalidades de tratamiento más utilizadas fueron la antiagregación y la Hidroxiurea. Excepcionalmente, se utiliza Anagrelide. La precocidad del diagnóstico conllevó una rápida respuesta al recambio plasmático. 5) Ninguno de los fallecidos hizo éxitos por causas relacionables con la enfermedad. 6) Ningún paciente desarrolló a fecha de hoy una leucemia aguda secundaria o una policitemia vera asociada. 7) Ningún paciente hizo complicaciones trombóticas o hemorrágicas relevantes en su evolución.

Conclusiones. 1) La TE es un síndrome mieloproliferativo crónico, relativamente frecuente. 2) La TE, es un síndrome mieloproliferativo crónico de curso benigno. En torno a una tercera parte de los

pacientes precisan tratamiento, a personalizar en función de edad, riesgo y otras variables.

V-239

FRACTURA PATOLÓGICA COMO 1ª MANIFESTACIÓN DE CIRROSIS BILIAR PRIMARIA

N. Cobos Trigueros¹, F. Fernández Galindo², B. Alcaraz Vidal¹, G. García Parra¹, M. Artero Castro¹, G. Veiga Ruiz³, M. Jiménez Pascual¹ y S. Herrera Adán¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Familiar y Comunitaria, ³Anestesia y Reanimación. Hospital Sta. Mª del Rosell. Cartagena, Murcia.

Objetivos. Comunicar un caso de Cirrosis Biliar Primaria diagnosticada a partir de fractura patológica como primera manifestación clínica, recordar el mecanismo etiopatogénico y la prevalencia de dicha asociación e incidir en la importancia de realizar estudio metabólico y de masa ósea en la enfermedad hepática autoinmune.

Material y métodos. Datos de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias de la historia clínica del paciente, junto con una búsqueda bibliográfica en Medline de los términos «metabolic bone disease» y «primary biliary cirrhosis».

Resultados. Motivo de Consulta: Mujer de 67 años remitida desde traumatología para estudio de fractura patológica. Antecedentes personales: Menopausia a los 47a. Insuficiencia venosa de mmii. Poliartalgias. Nefrectomía izda por litiasis renal en riñón hipoplásico. Apendicectomizada. Tto crónico: Lorazepam, Venlafaxina, Tramadol, Meloxicam, Ibuprofeno, Ranitidina y Pentoxifilina. Enfermedad actual: Seis meses previos al ingreso la paciente comienza con síndrome constitucional y cuadro depresivo, a lo que se le suma dolor lumbar y pélvico e impotencia funcional tras realizar un movimiento brusco levantando un peso. La paciente es remitida al servicio de Medicina Interna procedente de Traumatología para el estudio de fractura patológica de pelvis constatada con pruebas radiológicas. Exploración física: Destaca ligera palidez cutánea, dolor a la palpación de rama pública y compresión lateral de la pelvis con dificultad para la deambulación. Resto dentro de la normalidad. Pruebas Complementarias: Hallazgos positivos de Anemia normocítica normocrómica (Hb 11.4 Hto 34 VCM 94), Colostasis disociada (GOT 41, FA 221,GGT 341) y resto de parámetros dentro de la normalidad, incluyendo: proteinograma, estudio de anemia, H tiroideas, PTH, Ca, P, Bence Jones, microprot en orina de 24 h. Virus hepáticos negativos. Autoanticuerpos ANA, ANTI DNA, ANCA (-), AMA (+). RX Tórax y ECG normales. RX CV y pelvis: signos radiológicos de disminución de masa ósea, aplastamiento de L2, fractura de ambas ramas públicas dchas. TAC de pelvis: Osteoporosis difusa, fractura de sacro en consolidación, fractura de ramas ileo e isquiopúbicas dchas insufladas. Gammagrafía ósea sin hallazgos significativos. DXAp: T-score -4 Actitud: ante nuestra paciente, con osteoporosis severa y colostasis disociada, tras descartar causas de osteoporosis secundaria y confirmar el diagnóstico de CBP al obtener los AMA+ (S95%, E99%), se decide tratamiento conjunto de ambas entidades con AUCD, Alendronato, Ca, Vit D, A y E y solicitar biopsia hepática para realizar estadía y pronóstico de la enfermedad.

Discusión. La osteoporosis complica la CBP en un 25% de los casos, asociada a la duración y la severidad de la enfermedad hepática, siendo poco frecuente las formas severas y por lo general asintomática de CV y costillas. El mecanismo patogénico se explica mediante la teoría tóxica en la que los productos retenidos por la colostasis (sales biliares, BI, Cu) producen una disfunción osteoblástica que conlleva a la disminución de la formación ósea con resorción normal, dando como resultado un remodelado óseo disminuido con Vit D y metabolitos normales.

Conclusiones. 1. Ante la frecuente asociación de osteoporosis-CBP y sobretodo, ante las importancia de prevenir la aparición de fracturas, parece obvio la conveniencia de realizar ante toda CBP un estudio metabólico óseo completo y estudio de masa ósea mediante densitometría, que oriente hacia las medidas terapéuticas más adecuadas. 2. Considerar la hepatopatía crónica autoinmune como causa de osteoporosis secundaria. 3. Comunicar este caso dada la infrecuente forma de presentación de la CBP como fractura patológica.

V-240

STRUMA OVARIÍ: ¿CÓMO CONOCER SU MALIGNIDAD?

L. Cardador, R. Tirado Miranda, E. Solís García, F. Izquierdo, M. T. González Serrano, J. M. Segura Sánchez, J. Jiménez Sánchez y J. Criado Montilla
Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.

Objetivos. El struma ovario es una forma altamente especializada de teratoma ovárico maduro. Es una rara enfermedad y su transformación maligna es infrecuente (5%). Comunicamos el caso de una mujer de 38 años de edad con hábito tabáquico activo y antecedentes personales de bocio simple, conización cervical que demostró un rodete endocervical libre de displasia y diagnóstico 7 años antes de un tumor ovárico compatible con teratoma sólido monodérmico con componente de tumor carcinoide trabecular. El estudio de despistaje y extensión realizado fue negativo.

Resultados. Consultó por presentar tumoración en región parietal derecha, dolorosa a la palpación de unos 8 meses de evolución sin cuadro constitucional acompañante. La exploración física puso de manifiesto una masa de consistencia dura a nivel de región posterior de hueso parietal derecho, dolorosa a la presión. No adenopatías palpables. En la analítica realizada destacaba un aumento de la tiroglobulina sérica con función tiroidea normal. La Rx de cráneo evidenció la existencia de una lesión lítica en la zona descrita, mientras que la TAC craneal fue informada como la existencia de una masa extradural con invasión y destrucción de parte ósea a nivel de región parietal derecha. Se realizó biopsia de dicha lesión que fue informada como compatible con metástasis de struma ovarii. Posteriormente se realizó extirpación de la lesión.

Conclusiones. En una revisión de la literatura solo un caso de struma ovarii maligno con metástasis craneales ha sido comunicado.

V-241

EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA GASOMETRÍA ARTERIAL EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA

B. Fernández Suárez, J. A. Ros Lucas, F. Sánchez Gascón, M. Lorenzo Cruz, C. Soto, J. Latour y E. García

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. La gasometría arterial, hoy en día, es la prueba que más rápida y eficazmente nos puede informar sobre el estado de la función respiratoria siendo, además, la única que diagnostica el estado clínico de insuficiencia respiratoria. De su correcta realización, incluyendo solicitud, toma de muestra y transporte, dependerán los resultados y la posterior adecuada interpretación por parte del facultativo. Propósito: evaluar los conocimientos y la práctica de la gasometría arterial por parte del personal hospitalario de enfermería.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo transversal, administrando una encuesta anónima sobre diferentes aspectos de la prueba de gasometría arterial a personal de enfermería cualificado asignado a las plantas de hospitalización tanto médicas como quirúrgicas, UCI y urgencias. El diseño del cuestionario se fundamentó en la Normativa sobre la gasometría arterial del grupo de trabajo de la SEPAR (1).

Resultados. 121 enfermeros contestaron parte o la totalidad de la encuesta. Previamente a la toma de la muestra menos de la mitad de los encuestados avisan al paciente de que no fume (23%), no se administran broncodilatadores (35%), vasodilatadores (18%) ni oxigenoterapia (50%), se mantenga reposo 10 minutos antes (34%) y no realice maniobras de función pulmonar (31%); durante la prueba la mayoría explica al paciente la maniobra (91%) y cumple las normas de desinfección, un 34% pregunta si toma tratamiento anticoagulante, también un 34% conoce la maniobra de Allen, sólo un 15% la aplica y un 18% dice elegir la zona de punción según dicha maniobra. Respecto a la zona de punción, entre 4 posibilidades, eligen la radial como 1ª opción el 63%, la dorsorradial como 2ª opción 9% y la humeral como 3ª, si es imposible la punción en la zona radial, el 24%; destacando que la mayoría no contesta las alternativas 2ª y 3ª. Menos de un 5% ha aplicado alguna vez anestesia. TRAS la extracción la mayoría comprime durante 5 minutos (50%), ante un paciente con diátesis hemorrágica un 34% comprime

me 10 minutos, mientras que entre 15 y 20 minutos, el tiempo apropiado, sólo lo hace un 22%.

Discusión. La extracción no se realiza en las condiciones recomendadas, aunque hemos de tener en cuenta que la encuesta se ha realizado en hospitalización y urgencias, siendo la mayoría de las gasometrías de carácter urgente, lo que dificulta la preparación previa del paciente. Destaca la falta de conocimiento de la maniobra de Allen, que verifica la viabilidad de la circulación colateral cubital en la punción radial y, por tanto, la no aplicación de la misma con el consiguiente riesgo de isquemia para el paciente. También llama la atención que la mayoría del personal no tenga conocimiento de una 2ª o 3ª alternativa a la radial como zona de punción a la hora de la toma. Es importante resaltar la no utilización de anestesia cuando está demostrado que disminuiría el dolor, la ansiedad y la hiperventilación que conlleva la punción arterial. La compresión tras la extracción suele exceder el tiempo necesario, entre 2 y 3 minutos, en cambio, en el paciente con diátesis hemorrágica comprimen durante menos tiempo del recomendado.

Conclusiones. La prueba actualmente se está realizando con gran cantidad de fallos, por lo que en el futuro debería ser asumida por personal sanitario especialmente adiestrado, lo cuál disminuiría las posibles complicaciones y garantizaría que las medidas emprendidas en función de su resultado fueran las adecuadas. Se debería generalizar el empleo de anestesia local por su probada efectividad.

V-242

MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE APOYO DE MADRID

T. Sáez, B. Viña, R. Pacheco, G. Serralta, P. González Ruano, M. A. Moreno, A. Marco y T. Pascual

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

Objetivos. Revisar la mortalidad hospitalaria en un Servicio de Medicina Interna. Conocer la atención prestada a los pacientes fallecidos con criterios de enfermedad avanzada de un órgano.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 173 historias clínicas de pacientes fallecidos durante un año en el Servicio. Se recogió la causa fundamental del exitus. Se estudiaron los casos que cumplían criterios de enfermedad avanzada de un órgano según la National Hospice and Palliative Care Organization. Se analizó la frecuencia de tratamiento con intención paliativa en el momento del óbito. Estadística: Comparación de proporciones mediante Chi cuadrado de Pearson. Comparación de medias mediante *t* de Student. Nivel de significación: $p < 0,05$.

Resultados. Tasa de mortalidad global: 9,3%. Las causas fundamentales fueron: 40% patología neurológica, respiratorias 24,5%, insuficiencia cardíaca 14,3%, digestiva 10%, neoplasias 5,1% y sepsis 4,5%. El 53,5% de los casos cumplía criterios de enfermedad avanzada según seis grandes grupos: 57% demencia, 13% cardiológica, 12% pulmonar, 8% oncológica, 7% hepatopatía y 3% ictus. De ellos, 62% vivían con sus familiares. Un 52% tenía tratamiento con intención paliativa al morir. No hubo diferencias significativas en el manejo terapéutico al comparar estos sujetos con aquellos sin criterios de enfermedad avanzada, ni al comparar los sujetos de mayor edad con los de menor edad.

Conclusiones. La tasa de mortalidad y sus causas fueron similares a las de otros servicios de similares características. La mayor edad no parece ser un factor determinante para la toma de decisiones en el manejo terapéutico. La administración de fármacos con intención paliativa a los pacientes con criterios de enfermedad avanzada de un órgano fue baja.

ÍNDICE DE AUTORES

A

- Abad, E.: 277
Abad Manteca, L.: 273
Abad Rodríguez, T.: 64, 145
Abaurrea, F.: 67
Abdilla Bonias, N.: 28, 46, 84, 85, 188, 208, 210
Abellán Martínez, J.: 1
Aberasturi, A.: 303
Abinzano Guillén, M.: 227
Abraham Pérez, L.: 136
Abreu González, P.: 32, 77
Abu el Wafa Vaca, Y.: 65, 181, 182, 195, 258, 284
Acosta Bilbao, F.: 99, 287, 299
Acosta Robles, P.: 106
Adarraga Cansino, M.: 113
Aguado de la Fuente, A.: 35, 36, 278
Aguado Lorenzo, O.: 66, 234
Aguayo Canela, M.: 10, 26
Aguayo Jiménez, C.: 281
Agud Aparicio, J.: 40
Agud Fernández, M.: 6, 213
Agudo Alonso, R.: 18, 64
Aguilar, M.: 69
Aguilar Gallego, M.: 243
Aguilar García, J.: 34, 86, 101, 102, 133, 256
Aguilar Romo, E.: 255
Aguilera Saldaña, M.: 201
Aguirre Errasti, C.: 14, 64, 68, 80, 144, 265, 279, 286
Aguirre González, C.: 218, 281
Aguirre Rrazti, C.: 32
Aláez Cruz, J.: 87, 88, 142, 208, 286
Alarcón Luján, A.: 62
Albaladejo Ortiz, C.: 78, 201
Albendín Iglesias, H.: 218, 278
Albert Coll, M.: 119
Albert Contell, A.: 64
Alberto, C.: 248
Alcacer García, F.: 46, 85
Alcántara Carmona, S.: 213
Alcaraz Vidal, B.: 269, 305
Alcázar Carmona, P.: 296
Alcázar Ortega, F. del: 48
Alcoba Leza, M.: 63
Aldamiz Echevarría, T.: 90, 130
Aldamiz-Echevarría Lois, T.: 259
Alegre, J.: 31, 125, 139, 140, 270, 292, 293, 294, 295
Alegre Martín, J.: 247
Alegoría Ezequerra, E.: 186
Alejano, A.: 282
Alemán, C.: 31, 125, 139, 140, 270
Alemán Lorenzo, A.: 210, 239
Alemán Valls, M.: 32, 73, 79
Alemán Valls, R.: 52, 264, 267
Alende Sixto, M.: 218
Alfaro Lara, V.: 168
Algarra Parrilla, M.: 207
Alguacil Muñoz, A.: 34, 252
Alhama Belotto, M.: 90
Aligué Capsada, J.: 98, 237
Aliste, L.: 294
Allodi de la Hoz, S.: 274
Almagro Mena, P.: 49, 55, 99, 224
Almaraz, A.: 9, 56
Almela, M.: 3
Almendros, M.: 190
Almirall, J.: 57
Almuedo Riera, A.: 11, 84, 253
Alonso, C.: 24
Alonso, E.: 53
Alonso, G.: 86
Alonso, I.: 48, 177
Alonso, M.: 15, 45, 155
Alonso Alonso, J.: 32, 33, 80, 279, 286
Alonso Alvarado, A.: 198
Alonso Avilés, R.: 35, 36, 278
Alonso Castañeda, B.: 69
Alonso Claudio, G.: 100, 242, 279
Alonso Gutiérrez, A.: 125
Alonso Martínez, J.: 227
Alonso Ortiz, B.: 241
Alonso Ortiz, M.: 133
Alonso Peces, E.: 208
Alonso Peña, D.: 83
Alonso Peña, J.: 83, 156
Alonso Rodríguez, D.: 63
Alonso Sardón, M.: 112, 113
Alonso Socas, M.: 32, 52, 73, 264
Alonso Tarrés, C.: 58, 60, 63
Alonso Valdés, F.: 165
Alonso Viteri, S.: 208
Altes Capella, J.: 8
Altimir, S.: 93
Altuna Basurto, E.: 107
Álvarez, C.: 208
Álvarez, J.: 25
Álvarez, M.: 144, 301
Álvarez Álvarez, P.: 156
Álvarez Benítez, J.: 218
Álvarez Castañera, S.: 30
Álvarez de Espejo Montiel, T.: 283
Álvarez Díaz, A.: 2
Álvarez Díaz, X.: 198, 240
Álvarez Espejo Montiel, T.: 49
Álvarez Fernández, J.: 261
Álvarez García, P.: 100
Álvarez Gómez, J.: 159
Álvarez López, L.: 105
Álvarez Martínez, C.: 33
Álvarez Rodríguez, E.: 165, 204, 260, 294
Álvarez Sala, J.: 109
Álvarez Sala, R.: 10, 277
Álvarez Sala Walther, L.: 254
Álvarez Soto, A.: 27, 250, 251
Álvaro Enfedaque, M.: 95
Alvisa Negrín, J.: 271
Amengual Guedán, M.: 220
Amérigo Cuervo Arango, J.: 262
Amérigo García, M.: 294
Amiguet García, J.: 51
Amores Arriaga, B.: 136
Amores Ferreras, M.: 129, 135
Amorós, F.: 80
Amorós, T.: 20, 187
Amorós Martínez, F.: 216
Amorós Quiles, I.: 64
Ampuero, J.: 197
Amutio Díez, E.: 33
Ancín Viguiristi, R.: 25
Ancos Aracil, C. de: 243
Andía, A.: 303
Andreo Martínez, J.: 190, 239
Andreu, J.: 29
Aneiros Díaz, A.: 66
Ania Lahuerta, A.: 91, 229
Annicherico Sánchez, F.: 227
Anoro, E.: 1
Antelo Pose, A.: 266
Antich, M.: 12
Antolí Arroyo, A.: 286
Antolí Rollo, A.: 87, 88, 142, 208

- Antolín, J.: 42, 143, 268
 Antolín Arias, J.: 60, 205
 Antolín Barrios, E.: 54
 Antón, E.: 219
 Antón Aranda, E.: 50
 Antón Santos, J.: 74, 141
 Antoral, M.: 48
 Antúnez Estévez, M.: 117
 Antúnez Gálvez, J.: 48
 Aomar Millán, I.: 39, 122, 202, 203, 222, 238, 241, 265, 285
 Aparicio, J.: 9, 134
 Aparicio Santos, R.: 166
 Apolinario Hidalgo, R.: 76
 Aragón Galindo, M.: 64
 Aramburu Bodas, O.: 126
 Arana, A.: 235
 Aranda, M.: 8, 54
 Arasanz, M.: 295
 Arco Galán, C. del: 167
 Arco Jiménez, A. del: 193
 Arcos Pereda, P.: 18, 64
 Arencibia Borrego, J.: 20, 271
 Arévalo, M.: 252
 Arévalo Velasco, A.: 74
 Argibay Filgueira, A.: 57, 59, 215
 Arias, D.: 228
 Arias, J.: 295
 Arias Jiménez, J.: 126
 Arias Miranda, I.: 276
 Arias Núñez, C.: 217
 Arias Paciencia, M.: 231
 Ariza, M.: 301
 Arkuch Saade, M.: 20
 Armario García, P.: 173, 225
 Armengol Sala, J.: 223
 Armengol, D.: 1
 Arnal Babiloni, M.: 170
 Arnalich Fernández, F.: 82, 139, 150, 153, 212
 Arponen, S.: 136, 216
 Arranz García, M.: 111
 Arribas, J.: 46
 Arribas Arribas, P.: 54, 302
 Arribas Pérez, L.: 231
 Arriola Martínez, P.: 51, 97
 Arriola Pereda, G.: 82
 Arroyo, E.: 129
 Arroyo Domingo, E.: 68
 Arroyo Nieto, A.: 72
 Artal, A.: 71
 Arteaga Mazuelas, M.: 146, 163, 207, 230
 Artero Castro, M.: 256, 269, 305
 Artero Mora, A.: 98
 Artes Figueres, M.: 208, 210
 Artigas Burillo, B.: 220, 232
 Artigues, A.: 127
 Artiles Vizcaíno, J.: 20, 241
 Arzelus Aramendi, E.: 112, 248
 Ascencio Egea, M.: 83
 Asenjo, A.: 266
 Asenjo Mota, A.: 226
 Asensio, C.: 295
 Asensio, P.: 19, 198
 Ateka Barrutia, O.: 125, 207
 Atienza Morales, M.: 223
 Audibert, L.: 89, 137, 184
 Auguet Quintilla, T.: 95
 Avanzas González, E.: 106
 Avellanal, D.: 303
 Ávila, A.: 173
 Ayala, D.: 19, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180
 Aznar Marín, A.: 173, 192
 Aznar Vicente, J.: 159
- B**
- Bacallado Díaz, F.: 52
 Badiella Busquets, L.: 248
 Badosa, G.: 245
 Baeza, T.: 63, 204, 207, 218
 Baghdoyan Agopián, M.: 114
 Bahamonde Cabria, S.: 47, 86, 242, 279
 Baixauli Rubio, A.: 147, 148
 Bajo Franco, M.: 169
 Bajo Franco, T.: 58, 63, 152, 244, 291
 Bal Alvarado, M.: 33
 Balada Prades, E.: 148
 Balanzó, X.: 57
 Balghata, M.: 72
 Ballester Belda, J.: 82
 Balo Araujo, S.: 55
 Baquedano Sánchez, F.: 60, 143
 Barba Martín, R.: 22, 29, 72, 92, 110, 226, 266
 Barbado Hernández, F.: 245
 Barbado Hernández, J.: 221
 Barberá Farré, J.: 90
 Barbero Allende, J.: 5
 Barbudo, A.: 302
 Barceló, M.: 22
 Barceló López, A.: 12, 138
 Bardón Valcárcel, F.: 80
 Barnosi, A.: 123
 Barón Esquivias, G.: 16, 17, 167
 Barón Franco, B.: 10
 Barón Ramos, M.: 272
 Barquero Romero, J.: 118, 283
 Barragán Casas, J.: 77
 Barreiro, B.: 224
 Barreiro García, G.: 32, 33, 80, 279, 286
 Barrio Valencia, M.: 34
 Barrios Merino, A.: 43, 45, 47, 65, 148, 181, 182, 195, 258, 284
 Bas Xarau, M.: 37
 Basabe, I.: 225
 Batalla Insenser, B.: 7, 149
 Bautista, R.: 3
 Bautista Lorite, A.: 246
 Bautista Salinas, R.: 287, 299
 Bautista Suárez, G.: 241, 251, 271
 Beato Pérez, J.: 194, 195, 201, 223
 Bechich, S.: 17
 Bejarano, E.: 71
 Bejarano, G.: 267
 Bejarano Redondo, G.: 220
 Belda, A.: 64
 Belhassen García, M.: 112, 113
 Belinchón Moya, O.: 23
 Bella, F.: 1, 128
 Bellido Pastrana, D.: 76, 289, 299, 300
 Bello López, J.: 173, 225
 Belso Candela, A.: 68, 81, 118
 Beltrán, B.: 6
 Beltrán Dubón, M.: 40
 Beltrán Robles, M.: 30, 169, 172, 256
 Benavente, J.: 157
 Benavente Claveras, J.: 247
 Benavente Fernández, A.: 65, 148, 181, 182, 195, 284
 Benítez Bermejo, R.: 81, 82, 167
 Benito Conejero, S.: 298
 Benito Cordón, L. de: 32, 257, 300
 Benito García, P.: 242
 Benticuaga Martínez, M.: 242
 Bergua Martínez, C.: 102, 193
 Bermejo, H.: 183
 Bermejo Martínez, M.: 218, 278, 281
 Bermudo Conde, S.: 72, 301
 Bernabeu, C.: 277
 Bernabeu Wittel, M.: 76
 Bernácer, L.: 127
 Bernal Bermúdez, J.: 12, 23
 Bernet, M.: 8, 54
 Berrade, M.: 163
 Bertomeu González, V.: 186
 Bertomeu Martínez, V.: 191
 Betancor León, P.: 20, 94, 228, 240, 251, 271
 Bethencourt Fera, M.: 155, 230, 259, 262, 274
 Biosca Echenique, G.: 39, 122, 222, 265, 285
 Blanca, N.: 281
 Blanch Sancho, J.: 75
 Blanco Daroca, M.: 301
 Blanco García, A.: 244, 249
 Blanco Jarava, A.: 38
 Blanco Molina, A.: 22, 211, 213
 Blanco Moure, A.: 66, 103
 Blanes Julia, M.: 70
 Blasco, O.: 25, 261
 Blasco Esquivias, I.: 217
 Blasco Martínez, O.: 104

Blasco Satué, A.: 50
 Blázquez, A.: 295
 Blázquez, M.: 225
 Blázquez Cabrera, J.: 156
 Boarrachero, C.: 298
 Bobadilla Sánchez, E.: 283
 Boixeda Viu, R.: 7
 Bolado Concejo, F.: 104
 Bolaños Díaz, A.: 243
 Bolaños Oncino, E.: 63
 Bolao Baró, F.: 239
 Bombardo, M.: 7
 Bonfill Abella, T.: 232
 Bonilla Hernández, M.: 225, 226
 Bonora Tamarit, V.: 183, 214
 Borbujo, J.: 228
 Bordes Benítez A.: 271
 Borralló, R.: 1
 Bosch, T.: 59
 Bosch Gil, J.: 146, 152, 153
 Botas Velasco, M.: 191, 278, 289
 Botella, A.: 89, 204, 207, 218
 Botia Paniagua, E.: 16, 161
 Bouarich, H.: 145
 Bouzas Rodríguez, A.: 66
 Braña Cardenosa, A.: 204, 294
 Bravo Urbietta, J.: 210
 Briones Puerto, S.: 283
 Broseta Viana, L.: 62
 Bruguera, J.: 272
 Bruscas Alijarde, M.J.: 23, 257
 Buades i Reynés, J.: 135, 138, 140
 Budiño Sánchez, M.: 77
 Buedo Sotos, I.: 300
 Bueno López, J.: 280
 Bugés Bugés, J.: 149
 Buillo, J.: 190
 Burzako Sánchez, A.: 97
 Bustinduy, M.: 78, 157
 Buxo Orra, E.: 245

C

Caamaño Selma, O.: 262, 264
 Cabadés O'Callaghan, F.: 170
 Caballero, J.: 211
 Cabanillas Arias, A.: 259
 Cabau Rubies, J.: 270, 292
 Cabello, N.: 43, 45, 47
 Cabeza Garcí, S.: 97
 Cabezas, I.: 276
 Cabezas Fernández, M.: 51
 Cabo Bolado, J.: 78, 136, 216
 Cabre Roure, M.: 7
 Cabrera Aguilar, J.: 259
 Cabrera Sierra, M.: 189
 Cacho, G.: 29
 Calabuig, J.: 190, 228, 243
 Calabuig Alborch, J.: 183, 214, 215
 Calabuig Barbero, E.: 20

Calafell Más, M.: 252
 Calatayud, I.: 243
 Calatayud Gutiérrez, M.: 92
 Calbo Mayo, J.: 62, 193, 194, 195
 Calderón, E.: 24, 85, 86, 87
 Calderón, P.: 65, 211, 289, 300
 Calduch, J.: 118
 Calero, Y.: 63, 89, 204, 207, 218
 Callejas Rubio, J.: 142, 238, 241, 242, 265, 296
 Calvo, C.: 19, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180
 Calvo, E.: 44, 89, 90, 130, 184
 Calvo, L.: 299
 Calvo Beguería, E.: 40, 91, 229, 270, 292
 Calvo Bonaco, E.: 189
 Calvo Catalá, J.: 147, 148
 Calvo Hernández, L.: 287
 Calvo Lasso de la Vega, E.: 137, 206, 285
 Calvo Rodríguez, C.: 11, 114
 Calvo Sánchez, M.: 262, 263
 Camacho Fernández, M.: 253, 271
 Camafort Bablowski, M.: 170
 Camarasa García, F.: 154
 Cambroner Navarro, E.: 96
 Caminal, L.: 276
 Campelo, E.: 58
 Campillo Guerrero, N.: 210, 239
 Campoamor Serrano, M.: 106
 Campos Fernández, C.: 147, 148
 Campos Franco, J.: 218
 Campos Pastor, M.: 97
 Campos Rivas, R.: 125, 146, 163, 207
 Camps, A.: 243
 Camps García, T.: 272
 Canalejo, E.: 43, 45, 47
 Canales Aliaga, L.: 55
 Candel Delgado, M.: 242
 Candel Romero, M.: 98
 Canela, M.: 152
 Canet, J.: 6
 Cano Ruiz, A.: 223
 Cano Sánchez, D.: 296
 Canora Lebrato, J.: 212, 243, 274
 Cánovas, D.: 267
 Cánovas, V.: 96
 Cánovas Fernández, A.: 32, 33, 80, 279, 286
 Cantero Hinojosa, J.: 202, 203
 Cantero Sánchez, N.: 214, 215
 Cañadas, V.: 143
 Cañado, Y.: 69
 Cañas, F.: 76
 Cañizares Navarro, R.: 20, 186, 268
 Cañizares, R.: 288
 Caño Aguilar, A.: 222
 Cañón Díaz, F.: 196
 Capdepón Vaillo, C.: 5, 79

Capdevila Morell, J.: 7
 Capdevila Pons, O.: 27, 144, 250, 251
 Capell Font, S.: 11
 Cara, J.: 99
 Carazo Marín, A.: 166
 Carbajo, M.: 28
 Carballo, C.: 58
 Carballo, E.: 41
 Carbonell, G.: 129
 Cardador, L.: 305
 Cardona Ribera, M.: 254
 Cardoner Álvarez, N.: 239
 Carlavilla Martínez, A.: 69
 Carmona Espinazo, F.: 117, 243, 257
 Carneado de la Fuente, J.: 166, 168
 Carpio, I.: 159, 160
 Carpio Pérez, A.: 112, 113
 Carreño Hernández, M.: 171
 Carrera Macazaga, J.: 112, 248
 Carreras, C.: 7
 Carreras, F.: 303
 Carrero González, P.: 4
 Carrero Gras, A.: 4
 Carrillo Gómez, R.: 78
 Carrillo Sáez, P.: 191
 Carrio Montes, I.: 91, 113
 Carro, J.: 244
 Cartón Manrique, B.: 35, 36, 278
 Casademont, J.: 12, 131, 132
 Casado, J.: 13
 Casado Escribano, P.: 13, 18, 90, 134
 Casado Meseguer, O.: 105, 229
 Casanovas, N.: 272
 Casanovas Martínez, A.: 232
 Casariego V, 33
 Casariego Vales, E.: 27, 100, 217
 Casas Rodríguez, S.: 131
 Casas Rojo, J.: 73, 228
 Casasnovas Lenguas, J.: 163
 Casasnovas, P.: 259
 Casero, J.: 278
 Casillas Villamor, A.: 212
 Casquero, A.: 37
 Cassas, E.: 238
 Castaño, A.: 249
 Castaño, C.: 155
 Castaño, E.: 228
 Castaño, M.: 74
 Castaño Pérez, A.: 247
 Castejón, R.: 29, 145, 252, 264
 Castellbón Fernández, F.: 29
 Castella Serrano, B.: 255
 Castellano, A.: 15
 Castellano, L.: 64
 Castellano Higuera, A.: 32, 73, 264
 Castellano Llauger, P.: 58
 Castiella Herrero, J.: 103, 104
 Castilla, V.: 22

- Castillo, T.: 235
 Castillo Madrigal, M. del: 148, 181, 182, 195, 258, 284
 Castillo Rueda, A. del: 130
 Castro Bermúdez, M.: 44
 Castro Dufourny, I.: 288, 298
 Castro Losa, R. de: 221
 Castro Paredes, B.: 103
 Castro Toril, G.: 181
 Castrodeza Sanz, J.: 266
 Castuera Gil, A.: 90, 137, 285
 Castuera, E.: 184
 Cata, T.: 70
 Catalán, M.: 206
 Caurcel Díaz, L.: 29
 Ceballos Barón, I.: 244
 Cebrían, C.: 71
 Ceciaga, E.: 157
 Cecilio Irazola, A.: 135, 136
 Centeno Peláez, V.: 273
 Cepeda, M.: 4
 Cepeda Rodrigo, J.: 80, 216, 275
 Ceres Alabau, F.: 65, 211, 299
 Ceresuela Eito, L.: 173, 225
 Cervantes Bonet, B.: 96, 123
 Cervero Jiménez, M.: 38
 Chamorro Fernández, A.: 237
 Chamorro García, P.: 96
 Chandrani, R.: 98
 Chaves, F.: 4, 20
 Chayán, I.: 19
 Chayán, L.: 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180
 Checa Prieto, J.: 182
 Chic Palacín, S.: 104
 Chimeno Viñas, M.: 13, 231
 Chirinos, J.: 123
 Chivite, D.: 131
 Chulvi Calvo, B.: 40, 127, 223
 Churruca Sarasqueta, J.: 181
 Cia, A.: 163
 Cid, C.: 44
 Cía Ruiz, J.: 107
 Cienfuegos Basanta, C.: 276
 Cigüenza Gabriel, R.: 42, 60, 143, 205, 268
 Ciria, E.: 139
 Ciria de Pablo, C.: 173, 199
 Citores Sánchez, M.: 29, 145, 252, 264
 Clanchet Aisa, T.: 247
 Cobos Trigueros, F.: 256
 Cobos Trigueros, N.: 269, 306
 Codoceo, R.: 82, 139, 153
 Colina Ruizdelgado, F.: 273
 Coll, R.: 66, 67, 234
 Coll Puigserver, N.: 135, 138, 140
 Collado Romacho, A.: 96, 123
 Colmenero Castillo, J.: 4, 62
 Colomé, A.: 1
 Colomina Avilés, J.: 68, 75, 81, 118
 Colón Pallarés, C.: 108
 Comas, P.: 6, 302
 Comas Casanova, P.: 170
 Comas Díaz, B.: 115
 Combalía Romera, J.: 185
 Comellas, A.: 293
 Comellas Alabern, J.: 235
 Comet, R.: 238, 267
 Comín Cloet, J.: 128
 Conde, C.: 65, 76, 211, 289
 Conde Martel, A.: 20, 94, 198, 228, 241, 271
 Conget Donlo, I.: 186
 Consola Maroto, B.: 253
 Conthe Gutiérrez, P.: 13, 18, 128, 134, 137, 186, 197, 199
 Contreras de Miguel, E.: 11
 Cordero, M.: 47, 86
 Cornide Santos, L.: 131
 Corral, E.: 198
 Corral Gudino, L.: 35, 284
 Cortés Lambea, L.: 264
 Cortés Lletget, C.: 58, 60, 63
 Cortés Rodríguez, B.: 184, 197, 297
 Cosano Pérez, L.: 121
 Cosin Ahedo, J.: 75, 81
 Costa, A.: 282
 Costa, I.: 84
 Costa, J.: 71, 75
 Costa, R.: 41, 162
 Costa Pérez Herrero, R.: 168
 Coto López, A.: 21, 92
 Coto, R.: 276
 Covelo, M.: 179
 Crespo, J.: 179
 Crespo Pérez, L.: 223
 Criado García, J.: 212, 213
 Criado Montilla, J.: 211, 219, 302, 305
 Crusells Canales, M.: 51
 Cruz, J. de la: 273
 Cruz Fernández, M. de la: 260
 Cruz González, I.: 198, 286
 Cruz Iglesias, A. de la: 83
 Cruz Martínez, M.: 222
 Cuadra García-Tenorio, F.: 61
 Cuadrado Pastor, J.: 71
 Cuadros González, J.: 64
 Cubas Largacha, L.: 53
 Cubedo, M.: 188
 Cubino Boveda, N.: 87, 88, 142, 198
 Cuchí, E.: 49, 55
 Cuende Garcés, A.: 112, 248
 Cuesta, F.: 298
 Cuesta, M.: 255
 Cuesta Díaz, A. de la: 192
 Cuesta Muñoz, J.: 51, 261
 Cuevas Lobato, O.: 133
 Cuevas Tascón, G.: 285
 Cuevas Tasconi, C.: 90
 Culebras López, A.: 220
 Cuquet, J.: 84
 Custardoy Olavarrieta, J.: 5, 79, 80, 216
 Cutillas Ruiz, R.: 281
 Cuxart Mèlich, A.: 2
- D**
- Daga Calejero, B.: 40, 102, 158, 193
 Darias Garzón, R.: 230
 Daroca Pérez, R.: 128, 162, 225, 226
 Dávila Ramos, M.: 136, 230, 259, 274
 De la Hoz, E.: 9
 De la Vega, M.: 77
 De Lis Muñoz, J.: 93, 100
 Del Águila Quirós, D.: 26
 Del Álamo, M.: 38
 Del Arco Galán, C.: 16
 Del Castillo, M.: 65
 Delaiglesia Lorenzo, A.: 213
 Delás, J.: 66, 67, 94, 234
 Delgado, M.: 7, 303
 Delgado, R.: 153
 Delgado Casado, N.: 297
 Delgado Casas, M.: 209
 Delgado Fernández, M.: 122, 193
 Delgado Galán, M.: 223
 Delgado Gordillo, C.: 212
 Delgado Lista, J.: 196, 197
 Delgado Martínez, E.: 5, 79
 Delgado Martínez, J.: 20
 Delgado Melián, T.: 73
 Delgado Moreno, G.: 149
 Delgado Peña, Y.: 149
 Delgado Plasencia, L.: 264
 Delibes, C.: 75, 118
 Delibes Senna Cheribbo, C.: 68
 Díaz, J.: 20
 Díaz Alcázar, F.: 301
 Díaz Baltasar, J.: 252
 Díaz Benito, J.: 120
 Díaz Castellano, M.: 81
 Díaz Cobos, C.: 151, 272
 Díaz Cuevas, M.: 268
 Díaz Gómez, J.: 26
 Díaz Hurtado, M.: 91, 270, 292
 Díaz Menéndez, M.: 221
 Díaz Ortiz, M.: 260
 Díaz Pérez, F.: 259
 Díaz Peromingo, J.: 120, 121
 Díaz Rubio, M.: 26
 Díaz Vidal, L.: 165, 205, 294
 Diazaraque Marín, R.: 212
 Díez, F.: 123
 Díez Caballero, M.: 129
 Díez Fuentes, M.: 267

Díez García, F.: 96
 Dimas Núñez, J.: 32
 Diz Gómez, J.: 95
 Diz Lois, F.: 19
 Domingo, E.: 31, 270
 Domingo, P.: 225
 Domingo González, S.: 34, 86, 102,
 133, 143, 256
 Domingo Soriano, M.: 107
 Domínguez, B.: 23
 Domínguez, F.: 139, 176
 Domínguez, I.: 56, 216
 Domínguez Antonaya, M.: 264
 Domínguez Carbajo, A.: 274
 Domínguez Pareto, R.: 152
 Donaire Corchero, B.: 60, 72
 Duaso, E.: 129
 Duca, A.: 283
 Dueñas Gutiérrez, C.: 244, 244
 Dueñas Laita, A.: 203
 Durán, C.: 15
 Durán, M.: 31, 139, 270
 Durán Castellón, M.: 26, 266
 Durán del Campo, P.: 6

E

Echeverría Echeverría, A.: 162, 225,
 226
 Eguiluz Castañón, S.: 14
 Egurbide Arberas, M.: 14, 68, 144,
 265
 El Boutrouki, O.: 98, 237
 Élices Calzón, M.: 266
 Enrico Lucchetti, G.: 220
 Epalza Bueno, A.: 14, 68, 165, 167
 Erdozain Castiella, J.: 144
 Erice Calvo-Sotelo, A.: 207
 Eroles Vega, G.: 40, 127, 223
 Escalante Boleas, M.: 38, 50, 219
 Escamilla Fernández, N.: 283
 Escobar, M.: 9, 134
 Escobar Llompert, M.: 12
 Escobedo Palau, J.: 136, 155, 230,
 259, 262
 Escoín, C.: 63, 204, 207, 218
 Escolano, C.: 96
 Escolano Fernández, B.: 271
 Escorial Moya, C.: 116, 119
 Escot Cabeza, I.: 86, 101, 122, 143,
 256
 Escrivá Cerrudo, S.: 81, 82, 148
 Espadaler, L.: 238
 Espalza Bueno, A.: 265
 Espert Rodríguez, I.: 49, 61, 283
 Espigol Frigole, G.: 149
 Espinosa, A.: 266
 Espinosa Calleja, R.: 108, 116, 119
 Espinosa de los Monteros, M.: 38
 Espinosa Jimeno, A.: 60

Esquillor Rodrigo, M.: 51, 261
 Esteban, F.: 43, 45
 Esteban, L.: 245
 Esteban, M.: 20, 84, 85
 Esteban González, G.: 18
 Esteban Marcos, E.: 258
 Estébanez Muñoz, M.: 245
 Estela, J.: 267
 Estrada Cuxart, O.: 2
 Etxeberria Lekuona, D.: 123, 125,
 146, 207, 230

F

Fabiá Valls, M.: 28, 85, 188, 208,
 210
 Fabra Cadenas, S.: 221
 Falco Couchoud, C.: 70
 Falgá, C.: 21
 Fanlo Mateo, P.: 146, 163, 207
 Farfán Sedano, A.: 3, 64, 73
 Farreras, V.: 7
 Faus, M.: 243
 Femenías Sureda, M.: 59, 131, 258
 Feràs Carceller, P.: 164
 Fernández, A.: 67, 291
 Fernández, C.: 84, 85, 188
 Fernández, E.: 28
 Fernández, F.: 9, 134
 Fernández, J.: 6, 174, 176, 177
 Fernández, L.: 28, 238
 Fernández, S.: 155
 Fernández Acereño, M.: 262
 Fernández Alonso, R.: 36, 304, 305
 Fernández Amago, M.: 172
 Fernández Amago, T.: 172
 Fernández Ameneiros, M.: 120
 Fernández Argüelles Vintueño, P.:
 253
 Fernández Bustamante, J.: 236
 Fernández Capitán, C.: 212
 Fernández Cotarelo, M.: 1, 29, 273
 Fernández Cruz : 44
 Fernández de Bobadilla Osorio, J.: 7
 Fernández de la Puebla, R.: 197
 Fernández de Sevilla, T.: 31, 125,
 139, 140, 193, 194, 195, 247,
 270, 293, 294, 295
 Fernández de Uzquiano, E.: 10, 277
 Fernández Delgado, J.: 23
 Fernández Díaz, F.: 209
 Fernández Escribano, M.: 48
 Fernández Fernández, J.: 57
 Fernández Galante, M.: 200
 Fernández Galindo, F.: 306
 Fernández Garcés, M.: 201
 Fernández García, C.: 40
 Fernández García, J.: 336, 04, 305
 Fernández Guerrero, M.: 37, 53
 Fernández Gutiérrez, C.: 115

Fernández Herranz, J.: 254
 Fernández Jiménez, M.: 193
 Fernández Jiménez, P.: 195, 201
 Fernández Ladrón, V.: 227
 Fernández López, A.: 210, 280
 Fernández Martín, J.: 106
 Fernández Meseguer, A.: 189
 Fernández Miranda, C.: 21, 92
 Fernández Monrás, F.: 234
 Fernández Moreno, J.: 121
 Fernández Moyano, A.: 108, 116,
 119
 Fernández Muínelo, M.: 44
 Fernández Navarro, J.: 183
 Fernández Nebro, A.: 151, 201
 Fernández Ojeda, R.: 271
 Fernández Parrilla, R.: 30, 169, 172,
 256
 Fernández Peláez, J.: 51, 106
 Fernández Pérez, E.: 196, 200, 274,
 291
 Fernández Puebla, R.: 211
 Fernández Raga, S.: 250
 Fernández Requeijo, G.: 165
 Fernández Rivera, J.: 108, 116, 119
 Fernández Rodríguez, C.: 28, 46, 52,
 85, 210
 Fernández Rodríguez, E.: 252
 Fernández Rodríguez, J.: 250
 Fernández Roldán, C.: 101, 117,
 122, 141, 142
 Fernández Ruiz, M.: 29
 Fernández Sánchez, M.: 30, 256
 Fernández Santos, A.: 282
 Fernández Sedano Merino, L.: 262
 Ferrando Vela, J.: 50
 Ferràs Carceller, P.: 164, 165, 167
 Ferre, A.: 52
 Ferreira, L.: 19, 198
 Ferreira Montero, I.: 158, 163
 Ferreira Pasos, E.: 4
 Ferreiro Argüelles, M.: 209
 Ferreiro Celeiro, J.: 11, 236
 Ferreiro López, D.: 223
 Ferrer, C.: 102
 Ferrer, L.: 70, 171
 Ferrer García, J.: 167, 230
 Ferrer García, R.: 167
 Ferrer Gracia, C.: 102, 158
 Ferrer Ruscalleda, F.: 70
 Ferrero, J.: 188
 Filgueira Rubio, J.: 254
 Fiter, J.: 238
 Flamarique Pascual, A.: 129, 130,
 135, 136
 Flores Segovia, J.: 208
 Flórez Magadán, J.: 95, 300
 Floristán Goñi, F.: 33
 Flox, G.: 111
 Fonollosa Plá, V.: 15, 146, 147, 152
 Fonseca, A.: 266

Fonseca Aizpuru, E.: 73, 118
 Fonseca Negrín, A.: 52
 Font, J.: 201
 Fontanals Aymerich, J.: 235
 Fontao, M.: 174, 175, 176, 178
 Fontcuberta Boj, J.: 25
 Force Santamaría, L.: 7
 Formiga, F.: 129, 131
 Forner Giner, M.: 28, 188, 208
 Fornés Úbeda, F.: 159
 Fornós, C.: 66, 234
 Fortés, J.: 53
 Forteza Rey Barralleras, J.: 12, 59, 131, 132, 258
 Fortún Moral, M.: 249
 Fraile Amador, F.: 66, 103
 Francia, E.: 22, 225
 Francisco Corral, G.: 296
 Franco, J.: 82, 139
 Franco Vicario, R.: 53
 Freire Dapena, M.: 95
 Freitas, S.: 58
 Freixas, N.: 45
 Fresno, C. del: 150
 Frías Iniesta, J.: 10, 277
 Friaza, V.: 85, 86
 Frutos García, A.: 191
 Frutos Pérez, B.: 64, 228, 274
 Fuente, B. de la: 128
 Fuente Aguado, J. de la: 215
 Fuente Coria, M. de la: 296
 Fuentes, F.: 185, 211
 Fuentes, S.: 277
 Fuentes Jiménez, F.: 189, 297
 Fuentes Pardo, L.: 112, 113
 Fuertes Martín, A.: 47, 86, 100, 156
 Fullana, M.: 12
 Fuster Lluch, O.: 193, 202

G

G. Bonet Papell, G.: 2
 Gabarro Julia, L.: 232, 267
 Gainzarain, J.C.: 303
 Galán Dorado, E.: 196, 297
 Galán, E.: 150
 Galiana Martín, D.: 73, 106, 118, 276
 Galindo, M.: 84, 85
 Galindo Martín, L.: 26
 Galindo Puerto, M.: 46, 52, 85
 Galindo Vázquez, V.: 262
 Galipienzo García, J.: 208
 Gallardo Sancha, J.: 161
 Gallego, A.: 197
 Gallego, M.: 39
 Gallego, R.: 150
 Gallego Alonso Colmenares, M.: 290
 Gallego de la Sacristana, A.: 189
 Gallego Page, J.: 201

Gallego Villalobos, M.: 250
 Galofré, N.: 155
 Galvany, L.: 234
 Galvañ Moro, C.: 68, 75, 81
 Gálvez, E.: 96
 Gálvez Contreras, C.: 96
 Gálvez Moraleda, A.: 189
 Gámir, F.: 123
 Gamir Ruiz, J.: 96
 Gámiz Sánchez, R.: 117, 257
 Gandía Herrero, M.: 105, 210, 229
 Garaikoetxea, O.: 235
 Garau, J.: 45, 49, 224
 Garau Alemany, J.: 55, 245
 Garau Alemany, X.: 99
 Garcá Escrivá, D.: 81
 Garcés Jiménez, C.: 156
 García, A.: 231, 292, 293, 294, 295
 García, B.: 128
 García, C.: 190, 267, 272
 García, E.: 65, 305
 García, F.: 85
 García, I.: 137
 García, J.: 292, 293, 294, 295
 García, M.: 63, 207, 218
 García, S.: 132
 García Agido, A.: 134
 García Alcalde Fernández, M.: 106
 García Alcalde, E.: 276
 García Alegría, J.: 34, 86, 101, 102, 122, 133, 143, 193, 256, 284
 García Aparicio, J.: 35, 156, 284
 García Arpa, M.: 299
 García Bernalt, V.: 268
 García Bernárdez, A.: 250
 García Blázquez Pérez, C.: 69
 García Bragado, F.: 21
 García Carbó, P.: 231
 García Carretero, R.: 181
 García Casasola, G.: 29
 García Castillo, N.: 97
 García Castiñeira, A.: 220
 García Civera, R.: 16, 17, 167, 260
 García Contreras, R.: 87
 García Criado, J.: 237
 García Cuello, I.: 80
 García Cueto, C.: 250
 García de Carlos, M.: 104
 García de Casasola, G.: 60, 92, 226
 García de la Torre, M.: 74
 García de la Torre, P.: 141
 García de Tena, J.: 208
 García Delgado, E.: 264
 García Díaz, J.: 18
 García Donoso, C.: 228
 García D'Ruggiero, P.: 220
 García Egido, A.: 9, 296
 García Esparza, D.: 194
 García Fabra, C.: 81
 García Fabra, M.: 147, 148, 230
 García Fandul, C.: 275

García Fuster, M.: 208, 210
 García García, C.: 170, 303
 García García, J.: 5, 66, 80, 103, 275
 García Garmendia, J.: 108
 García Gil, D.: 12
 García Gil, V.: 164
 García Gómez, L.: 217, 295
 García González, E.: 148, 181, 195, 284
 García González, J.: 16
 García Gutiérrez, C.: 231
 García Hernández, F.: 145, 246
 García Hinojo, A.: 110
 García Jerez, M.: 101, 122, 141, 142, 222, 242, 296
 García Lacalle, C.: 127
 García López, P.: 269
 García Lorenzo, V.: 281
 García Madero, R.: 6, 213
 García Manzanares Vázquez de Agredos, A.: 220
 García Marco, J.: 252
 García Marrero, R.: 264
 García Martín, M.: 156
 García Martínez, A.: 33
 García Mata, J.: 271
 García Mateos, D.: 257
 García Monlleo, F.: 97
 García Moreno, J.: 10
 García Moreno, S.: 99
 García Morillo, J.: 168
 García Muñoz, P.: 276
 García Navarro, M.: 61
 García Oria, A.: 36, 304, 305
 García Pardo, A.: 274
 García Pardo, G.: 95, 269
 García Parra, G.: 256, 269, 305
 García Pelayo, G.: 257
 García Penche, R.: 67
 García Peñalver, E.: 185, 202, 203
 García Pérez, B.: 114
 García Polo, I.: 187, 188
 García Raja, A.: 131
 García Ramos, R.: 43
 García Rebollo, A.: 118, 283
 García Restoy, E.: 1
 García Reyne, A.: 74, 141
 García Ríos, A.: 150, 184, 185
 García Rodeja Arribi, E.: 27
 García Rodríguez, A.: 105, 229
 García Rodríguez, M.: 87, 142
 García Rosado, D.: 26
 García Ruiz, A.: 26
 García Ruiz, J.: 33
 García Sáez, L.: 260
 García Sánchez, E.: 105
 García Sánchez, I.: 184
 García Sánchez, J.: 69
 García Sánchez, J.E.: 279
 García Sánchez, M.: 18, 89

- García Suárez, F.: 120
 García Suárez, M.: 121
 García Valdecasas Campelo, E.: 77
 García Valdecasas, E.: 271
 García Vasco, M.: 209
 García Velasco, F.: 266
 García Vidal, C.: 55, 99
 García Vidal, M.: 18
 García Zarco, M.: 109
 García Zubiri, C.: 213, 275
 García-Orad Carles, C.: 109
 García-Valdecasas Campelo, E.: 266
 Garcuño Jiménez, M.: 77
 Garde Orbáiz, C.: 112, 248
 Gàrdia Cañada, M.: 235
 Gargallo García, E.: 13, 18, 90, 134
 Garmendia Zallo, M.: 14, 144
 Garmendia, C.: 226
 Garrido, E.: 293
 Garrido Rasco, R.: 145, 246
 Gasch, O.: 131, 144
 Gascón, J.: 144
 Gastida Paz, G.: 215
 Gato León, M.: 270
 Gavilán Guirao, F.: 113
 Gayá, F.: 10, 46, 277
 Gayol Fernández, M.: 55
 Gaztelu Contín, M.: 249
 Gea Lázaro, I.: 72
 Geijó Martínez, P.: 76, 90
 GESMA: 194
 Gijón Rodríguez, J.: 289, 299, 300
 Gil, A.: 288
 Gil, C.: 190
 Gil, F.: 111
 Gil, V.: 20, 186, 187
 Gil Aguado, A.: 10, 88, 255, 277, 297, 298
 Gil Extremera, B.: 185, 202, 203
 Gil Gil, F.: 127
 Gil Martín, A.: 244, 249
 Gil Ortega, M.: 210
 Gilsanz Fernández, C.: 13, 134, 285
 Gilsanz, C.: 39, 184, 290
 Gimena Reyes, B.: 57, 215
 Giménez Barriga, E.: 266
 Giménez Belló, M.: 218, 281
 Giménez Sánchez de la Blanca, A.: 74
 Gimeno Jordá, M.: 106
 Giner Galvañ, V.: 20, 28, 84, 85
 Giner Soria, A.: 163
 Givica Pérez, A.: 287
 Goenaga Sánchez, M.: 78, 112, 248
 Goicoechea Artola, J.: 301
 Goienetxe del Río, M.: 112
 Gómez, A.: 21, 41
 Gómez, C.: 277
 Gómez, J.: 287
 Gómez, J.H.: 277
 Gómez, P.: 21, 185, 299, 302
 Gómez Arbesu, J.: 151
 Gómez Cerezo, J.: 221, 245
 Gómez de la Concha, E.: 26
 Gómez de la Torre, R.: 113, 236
 Gómez Díaz, J.: 99, 287
 Gómez Fernández, M.: 196
 Gómez Garrido, J.: 194, 201
 Gómez Gigirey, A.: 100
 Gómez Gómez, H.: 114, 154
 Gómez Herruz, P.: 40
 Gómez Huelgas, R.: 4, 62
 Gómez Jiménez, F.: 97, 260
 Gómez Luna, M.: 196
 Gómez Molero, L.: 181
 Gómez Nebreda, E.: 251, 251
 Gómez Outes, A.: 25
 Gómez Rodríguez de Mendarozqueta, M.: 107
 Gómez Rodríguez, F.: 12
 Gómez Rosado, S.: 18
 Gómez Sirvent, J.: 32, 52, 73, 264
 Gómez Soto, F.: 9, 23, 134
 Gomis Mascarell, M.: 54, 81, 82, 147, 148
 González, C.: 155
 González, G.: 252
 González, J.: 46, 155
 González Alegre, T.: 1, 301
 González Anglada, I.: 92
 González Anglada, M.: 60, 72
 González Benitez, M.: 30, 169, 172, 256
 González Cruz, M.: 147, 148
 González de la Puente, M.: 24
 González Escoda, E.: 79, 275
 González Ferrer, J.: 260
 González Fuentes, R.: 5, 194
 González García, M.: 36, 163, 261, 304, 305
 González González, R.: 4
 González Higuera, E.: 32
 González Igual, J.: 91, 191, 192
 González Jiménez, A.: 263
 González Juanatey, J.: 186
 González León, R.: 145, 246
 González Macías, J.: 155
 González Mansilla, A.: 92
 González Mao, M.: 95
 González Maqueda, I.: 139
 González Maroño, C.: 198
 González Moraleja, J.: 34
 González Moro, J.: 18
 González Outón, J.: 23
 González Palacios, R.: 40
 González Paz, C.: 273
 González Quijada, S.: 244, 249
 González Quintela, A.: 189
 González Ramallo, V.: 121
 González Reimers, E.: 26, 32, 77, 79, 266, 267, 271
 González Rodríguez, C.: 248, 249
 González Rozas, M.: 203
 González Ruano, P.: 307
 González Sanso, A.: 251
 González Santos, P.: 301
 González Sanz, M.: 204
 González Sarmiento, E.: 9, 56, 200
 González Sarmiento, R.: 198, 263
 González Serrano, M.T.: 305
 González Vázquez, E.: 237
 González Villarón, L.: 268
 González Perales, J.: 109
 Goñi, R.M.: 204
 Görbig Romeu, N.: 225
 Górgolas, M. de: 37, 53
 Gracia, J. de: 57
 Gracia, V.: 120, 123, 281, 282
 Gracia Ruiz de Alda, M.: 186
 Granados, A.: 238
 Granda, M.: 89
 Grau, D.: 232
 Grau, J.: 12, 155
 Grau, M.: 6
 Grau Junyent, J.: 149
 Gregori Colomé, J.: 5, 275
 Grilo Reina, A.: 30, 169, 172, 256
 Grupo ATICA: 13
 Grupo CLYDIA: 186
 Grupo de Estudio de Lupus Virgen de las Nieves: 303
 Grupo de Estudio Síndrome Metabólico Albacete (GESMA): 201
 Grupo DICAMI: 137, 197, 199
 Grupo Estudio CIFARC: 170
 Grupo estudio ECLA: 159, 160
 Grupo Estudio Síndrome Metabólico Albacete (GESMA): 195
 Grupo GESD: 193, 194, 202
 Grupo para el estudio de la tasa de mortalidad ajustada para los servicios de Medicina Interna: 8
 Grupo para la Atención Médica Integrada y Continua de Cádiz: 9, 134
 Grupo PRESENA: 171
 Grupo RIETE: 21, 22, 23, 219
 Guardiola, A.: 43
 Gudiol, F.: 8, 54
 Güell Farré, E.: 70, 98
 Guera Vales, J.: 1
 Guerrero Lombardía, J.: 217
 Guerra Marina, I.: 223
 Guerra Vales, J.: 29, 43, 134, 206, 273
 Guerrero, L.: 71
 Guerrero Lombardía, J.: 33, 100
 Guerri, A.: 80, 280, 282
 Güerri, R.: 272
 Guijarro Herraiz, C.: 22
 Guijarro Merino, R.: 23
 Guil García, M.: 93, 224
 Guío Carrión, L.: 204

Guirado, M.: 96
 Guisado Espartero, E.: 126
 Guix García, J.: 46, 84, 85
 Gutiérrez, A.: 143
 Gutiérrez, R.: 22
 Gutiérrez Cía, I.: 40, 91, 158, 193
 Gutiérrez del Río, C.: 36, 73, 106,
 118, 276, 304, 305
 Gutiérrez Díaz, D.: 259
 Gutiérrez Guisado, J.: 207
 Gutiérrez Larrainzar, A.: 60, 204
 Gutiérrez Macías, A.: 51
 Gutiérrez Navi, F.: 107
 Gutiérrez Saborido, D.: 117, 257
 Guzmán García Monge, M. de: 74,
 141

H

Haba, I. de la: 144
 Haro Báez, J.: 247
 Hayek, M.: 274
 Hemmersbach Miller, M.: 94, 198
 Hens Gutiérrez, J.: 90, 130, 259
 Hera Fernández, F. de la: 255
 Heredia, J.: 49
 Heredia, L.: 224
 Hermida, R.: 19, 174, 175, 176,
 177, 178, 179, 180
 Hermida Ameijeiras, A.: 77
 Hernán Gómez, S.: 39
 Hernández, A.: 278
 Hernández, J.: 155, 156, 219
 Hernández, N.: 225, 288
 Hernández, R.: 80
 Hernández Belmonte, A.: 78, 201
 Hernández Calzadilla, C.: 52
 Hernández Criado, J.: 87, 142
 Hernández Cruz, B.: 151
 Hernández De Sosa, N.: 22
 Hernández del Rey, R.: 173, 225
 Hernández García, G.: 38
 Hernández García, J.: 50
 Hernández Herrero, G.: 182
 Hernández Ontoria, I.: 33
 Hernández Rey, J.: 220
 Hernández Ros, R.: 275
 Hernández Toboso, S.: 269
 Hernández Torres, A.: 218, 281
 Herráez Ortega, I.: 280
 Herranz, S.: 232
 Herrera, J.: 134
 Herrera Adán, S.: 305
 Herrera Ballester, A.: 54, 167, 230
 Herrero, J.: 232
 Herrero Alonso, C.: 170, 190, 191,
 192
 Herrero Herrero, J.: 35, 284
 Herrero Huerta, F.: 105, 299
 Herrero López, J.: 216

Herreros, B.: 22, 29
 Herreros Melenchor, J.: 2
 Hervás Laguna, M.J.: 32, 257, 300
 Hidalgo Carmona, E.: 222
 Hidalgo García, P.: 278
 Hidalgo Rojas, L.: 101, 143
 Hidalgo Tenorio, C.: 170
 Hidalgo García, P.: 35, 36
 Higuera Torres Puchol, J. de la: 97,
 117, 265, 296
 Hinojosa Mena Bernal, J.: 3, 9, 56,
 64, 73
 Hinojosa Mena Bernal, M.: 9, 56
 Holgado Carranza, T.: 173
 Holgado Martín, E.: 92
 Holgado Silva, C.: 173, 192
 Horcajo Aranda, P.: 67, 231
 Horra, C. de la: 85, 86, 87
 Horrillo, C.: 183
 Hoz, E. de la: 134
 Hurtado Carrilo, L.: 128, 162
 Hurtado Santos, J.: 136, 204

I

Ibáñez Alonso, M.: 27
 Ibáñez Bermúdez, F.: 219
 Ibáñez Sanz, P.: 173, 199
 Íbero Esparza, C.: 161, 162, 168
 Iftimie, S.: 233
 Igarzabal Jorqui, A.: 5, 21
 Iglesia, F.: 19
 Iglesia Fanjul, I. de la: 58, 63, 152,
 169, 221, 244
 Iglesias Frax, C.: 260
 Iglesias Gallego, M.: 120, 121
 Iglesias Gómez, A.: 112, 113
 Iglesias Górriz, I.: 196
 Iglesias Sáenz, L.: 27, 250, 251
 Illa Gay, J.: 253
 Imaz, A.: 140
 Imaz Murga, I.: 301
 Inés Revuelta, S.: 237, 263
 Inés, G.: 248
 Iniesta Arandia, N.: 288, 298
 Iranzo Gómez, E.: 190
 Iriarte Ibararán, M.: 51, 97
 Iribarnegaray Valenzuela, E.: 173,
 225
 Irigoyen, D.: 99
 Isasia Muñoz, T.: 233
 Isern, V.: 144
 Iturzaeta Gorrotxategi, A.: 38
 Izquierdo, F.: 305

J

Jaén Águila, F.: 170, 303
 Jansen Chaparro, S.: 219

Jaquetti, J.: 43
 Jarava Rol, G.: 75
 Jarilla Fernández, F.: 170
 Jarne Betrán, V.: 146, 207, 230
 Jarner, V.: 163
 Javaloyas de Morlius, M.: 37
 Javier, O.: 248
 Javier, U.: 248
 Javierre, C.: 293, 294
 Jiménez, I.: 64
 Jiménez, J.: 252
 Jiménez, S.: 201
 Jiménez Alonso, J.: 303
 Jiménez Álvaro, M.: 83
 Jiménez Bermejo, F.: 123, 124, 248,
 249
 Jiménez Doménech, P.: 42
 Jiménez Gómez, Y.: 297
 Jiménez Lendinez, M.: 153
 Jiménez López, A.: 242
 Jiménez López, P.: 185
 Jiménez Lozano, M.: 196
 Jiménez Martínez, J.: 44
 Jiménez Navarro, C.: 216
 Jiménez Pascual, M.: 256, 269, 305
 Jiménez Puente, A.: 34, 102, 133,
 143, 193
 Jiménez Sánchez, J.: 302, 305
 Jimeno Carruez, A.: 266
 Jimeno García, A.: 54
 Jimeno Sáinz, A.: 71
 Jódar Morente, F.: 301
 Jordana, R.: 12
 Jorge Hernández, J.: 79, 267
 Jorge Sánchez, R.: 35, 284
 Jove, N.: 7
 Jover Díaz, F.: 71
 Juan i Roca, M.: 135, 138, 140
 Juanos Lanuza, M.: 292
 Juárez Alonso, S.: 25
 Julián, I.: 159, 160
 Jurado Porcel, A.: 212
 Jusdado Ruiz Capillas, J.: 38, 110,
 111, 127
 Justo, I.: 203

K

Konecna, M.: 26

L

Labeaga Sierra, R.: 124, 125
 Labrador Gómez, P.: 237
 Labrador Horrillos, M.: 149
 Lacas García, P.: 32
 Laclaustra Gimeno, M.: 163
 Lacruz, J.: 70
 Lado Lado, F.: 77

- Laguna del Estal, P.: 16, 17, 167, 213
 Lainez Justo, S.: 216, 280
 Lamarca, A.: 1
 Lamas Domínguez, P.: 215
 Lambán Aranda, M.: 50
 Lamelo Otero, M.: 234
 Lana Soto, R.: 26, 109
 Lanzas Pro, G.: 25, 247, 261
 Lapuente González, M.: 103, 104
 Lara Culebras, M.: 39, 290
 Larramendi, E.: 235
 Larrañaga Fernández, J.: 57
 Larrea Arranz, I.: 50
 Lasiera Díaz, P.: 129
 Laso Guzmán, F.: 263
 Latour, J.: 305
 Latre Romero, J.: 189
 Lavilla Uriol, P.: 10, 25, 88, 277, 297
 Laynez, P.: 25
 Lázaro López, A.: 2
 Lazo Torres, A.: 96, 123
 Leal Luna, A.: 109
 Lecumberri, R.: 22
 Ledesma Serrano, S.: 107
 Leiva Fernández, F.: 26
 León, L.: 123
 León Durán, D.: 73, 106, 118, 276
 León Gaitán, I.: 4
 León Mazorra, M.: 271
 Lera, J. de: 188
 Lérica Urteaga, A.: 26, 37, 109
 Lerín Sánchez, J.: 292
 Letona Carbajo, S.: 51
 Lima Ruiz, J.: 15, 147
 Limiñana, J.: 76
 Linares, E.: 277
 Linares Feria, M.: 136, 274
 Linde Menéndez, V.: 196, 274
 Liñán Alonso, M.: 169, 291
 Liñán Díaz, O.: 60, 72
 Lis Muñoz, J. de: 165, 209, 234
 Lizarraga, M.: 293
 Lizarralde Palacios, E.: 51
 Llamazares Medrano, J.: 53
 Llanos Llanos, R.: 105, 229
 Llenas García, J.: 5, 29
 Llinares, D.: 19, 198
 Llor Baños, J.: 30, 274
 Llorca, J.: 155
 Lojo Rocamonde, S.: 220
 López, J.: 19, 153, 167, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180
 López, L.: 22, 64
 López, R.: 143
 López Aldeguez, J.: 70
 López Barnús, A.: 113, 156
 López Bernaldo de Quirós, J.: 39
 López Bernús, A.: 112
 López Caleya, J.: 58, 63, 152, 169, 244
 López Calleja, E.: 268, 289
 López Cid Fuentes, J.: 240
 López Collazo, E.: 150
 López Cousillas, A.: 230
 López de Guzmán, A.: 220
 López de la Osa, A.: 240
 López Díaz, M.: 27
 López Dieguez, M.: 221
 López Fernández, M.: 77
 López García, F.: 79, 216, 275
 López García, J.: 287
 López Gómez, D.: 128
 López Hernández, M.: 191, 192
 López Herrero, F.: 116
 López Isidro, I.: 78, 126, 216
 López Jiménez, L.: 212
 López Jiménez, M.: 181
 López Lagunas, I.: 113
 López Liraola, E.: 96
 López Lirola, A.: 26, 52
 López Longo, F.: 151
 López Lozano, E.: 210, 239
 López Madroñero, T.: 93
 López Martín, S.: 18
 López Martínez, G.: 96
 López Miranda, J.: 150, 184, 185, 189, 196, 197, 297
 López Monteagudo, M.: 93, 165
 López Mouriño, V.: 231
 López Moya, C.: 247
 López Muñiz Ballesteros, B.: 18
 López Muñoz, C.: 259
 López Olivares, M.: 247
 López Pardo, F.: 145
 López Poveda, M.: 239
 López Rivera, M.: 181
 López Robles, C.: 101, 122, 141, 142, 296
 López Rodríguez, J.: 220
 López Rodríguez, M. E.: 34, 221, 245
 López Rodríguez, R.: 77, 218
 López Sáez, J.: 12
 López Sánchez, A.: 105
 López Sierra, R.: 260
 López Soto, A.: 66, 103
 López Vidriero Abelló, E.: 162
 López Vidriero Tejedor, E.: 162
 Lora Tamayo, J.: 144
 Lorences, C.: 145, 252
 Lorente, J.: 152
 Lorente García, M.: 288
 Lorente Pérez, S.: 103, 104
 Lorenzo Cruz, M.: 305
 Lorenzo Mateos, C.: 249
 Lores, L.: 190
 Lorza Blasco, J.: 103, 104
 Losa García, J.: 22, 72, 92
 Lozano, A.: 197
 Lozano Ancín, A.: 16
 Lozano Gutiérrez, F.: 169, 172
 Lozano Rodríguez, A.: 196
 Lozano Rodríguez-Mancheño, A.: 184
 Lozano Serrano, A.: 51, 106
 Lozano Tonkin, C.: 60, 165
 Lucas Ramos, P. de: 18
 Lucena Calvet, P.: 38, 40, 223
 Lucena Marotta, F.: 220
 Luengo Fernández, E.: 163
 Luis Martínez, A.: 170
 Luna, G.: 47, 86
 Luna Heredia, E.: 181
 Lundelin, K.: 263
 Luque López, E.: 260
 Luque Martí, P.: 269

M

- Machín Lázaro, J.: 2
 Macías Carmona, A.: 117, 257
 Macías Mir, P.: 170, 303
 Macías Vega, N.: 4, 272
 Madero, R.: 10, 277
 Maestre Muñiz, M.: 173
 Maíz, A.: 78
 Majó Masferrer, J.: 148, 151
 Maldonado Martín, A.: 185, 202, 203
 Mancebo Plaza, A.: 38, 40, 223
 Mantilla, T.: 171
 Manzanares Herruz, J.: 233
 Manzano Espinosa, L.: 12, 131, 132
 Mañá, J.: 144
 Mañas García, M.: 65, 76, 211, 289, 299, 300
 Marcaide Ruiz de Apodaca, A.: 107
 Marchán, E.: 211
 Marchena Gómez, J.: 271
 Marchena Yglesias, P.: 32
 Marco, A.: 48, 307
 Marco, F.: 3
 Marco Lattur, J.: 119, 135, 138, 298
 Marco Lattur, M.: 138, 140, 298
 Marco Martínez, J.: 110, 111
 Marcos Bruguera, J.: 98
 Marcos Martín, M.: 74, 237, 263
 Marcoval, J.: 144
 Marín, C.: 150
 Marín, I.: 24
 Marín Fernández, Y.: 108, 116, 119
 Marín Marín, N.: 301
 Marín Montanes, N.: 185
 Marín Montán, I.: 271
 Marión Cortés, F.: 233
 Mármol Sánchez, E.: 260
 Marqués de la Rosa, J.: 251
 Marqués Vilallonga, A.: 107
 Márquez, A.: 301

- Márquez Salas, M.: 111
 Marrero Francés, J.: 115
 Martí, C.: 8, 54
 Martí, J.: 219
 Martí Cabane, J.: 38, 50, 88
 Martín, A.: 90
 Martín, E.: 291
 Martín, L.: 12, 59, 90
 Martín, M.: 26
 Martín, V.: 58
 Martín Algora, I.: 50
 Martín Álvarez, H.: 60, 226
 Martín Armas, A.: 241
 Martín Azcárate, M.: 77
 Martín Baranera, M.: 60, 63, 173, 225
 Martín Cordero, F.: 231
 Martín de la Fuente, P.: 142
 Martín Díaz, F.: 104
 Martín Echevarría, E.: 56, 66, 80, 82, 83, 231, 240, 280
 Martín Escalante, M.: 34, 86, 101, 102, 122, 133, 143, 256
 Martín Escudero, J.: 35, 36, 278
 Martín Ezquerro, A.: 244, 249
 Martín García, A.: 242
 Martín González, L.: 172
 Martín Hernández, F.: 155, 262
 Martín Hidalgo, A.: 96
 Martín Jiménez, T.: 49, 61
 Martín Márquez, C.: 255
 Martín Martín, T.: 283
 Martín Martínez, A.: 16, 17, 167
 Martín Moreno, A.: 117
 Martín Oterino, J.: 142
 Martín Pena, L.: 238, 258
 Martín Pérez, I.: 61
 Martín Pérez, M.: 224
 Martín Ponce, E.: 77, 271
 Martín Rodrigo, L.: 58, 152, 244
 Martín Salguero, A.: 185, 202, 203, 287, 299, 302
 Martín Sánchez, V.: 63
 Martín Santos, S.: 9, 56
 Martín Suárez, I.: 298
 Martín Vivas, A.: 263
 Martínez, A.: 15, 26, 134
 Martínez, B.: 216
 Martínez, C.: 42, 268
 Martínez, E.: 183
 Martínez, F.: 84, 129, 188
 Martínez, I.: 132
 Martínez, J.: 3, 21, 155
 Martínez, M.: 66, 67, 234
 Martínez, R.: 207, 218
 Martínez, S.: 125
 Martínez, T.: 10
 Martínez, Y.: 196
 Martínez Albadalejo, M.: 256
 Martínez Alday, J.: 16, 167
 Martínez Alfaro, E.: 75, 90
 Martínez Baltanás, A.: 278, 288, 289
 Martínez Baltanás, M.: 191
 Martínez Barriotxo, A.: 14, 68, 144, 265
 Martínez Celada, M.: 12
 Martínez de las Heras, B.: 282
 Martínez Díaz, M.: 195, 202
 Martínez Garcerán, J.: 79
 Martínez García, A.: 182
 Martínez García, F.: 28, 46, 52, 208, 210
 Martínez Gimeno, E.: 182
 Martínez González, J.: 25, 205
 Martínez Gonzalo, A.: 239
 Martínez Goñi, R.: 89
 Martínez Hernández, P.: 156
 Martínez Herreuzo, A.: 145
 Martínez Lacasa, X.: 45
 Martínez López de Letona, J.: 171
 Martínez López, I.: 258
 Martínez Losada, E.: 253
 Martínez Lostao, L.: 148, 151, 152
 Martínez Luque, L.: 113
 Martínez Martínez, A.: 145, 246
 Martínez Miras, M.: 185
 Martínez Montiel, P.: 210, 239
 Martínez Moya, J.: 102
 Martínez Moya, L.: 40, 158, 193
 Martínez Odriozola, P.: 51, 97
 Martínez Peñalver, F.: 109
 Martínez Quesada, G.: 262
 Martínez Raga, J.: 54
 Martínez Rey, C.: 218
 Martínez Riera, A.: 79, 267
 Martínez Serrano, M.: 78
 Martínez Tudela, S.: 71, 268, 288
 Martínez Virto, A.: 139
 Martínez Yélamos, S.: 144
 Mártires Almingol, I. de los: 137, 197, 199
 Martorell Mateu, E.: 115
 Martos Pérez, F.: 102, 133
 Marugán Carcimartín, P.: 159
 Masa Vázquez, C.: 171
 Masabeu, M.: 6
 Masdevall Noguera, C.: 250
 Maseda Fernández, D.: 5
 Masip Marza, V.: 49, 61, 283
 Mata Martín, A.: 108, 116, 119, 288
 Matallana Royo, V.: 275
 Matarranz del Amo, M.: 191, 278, 288, 289
 Mateas Moreno, M.: 72
 Mateo, J.: 22
 Mateo Benavente, O.: 3, 64, 73, 212
 Mateos, F.: 90
 Mateos, M.: 226
 Mateos Hernández, J.: 67
 Mateos Martínez, F.: 75
 Mateos Polo, L.: 87, 88
 Maure Noia, B.: 59, 215
 Mayán Santos, J.: 220
 Maynar Moliner, M.: 247
 Mecina Gutiérrez, A.: 40, 223
 Meco, J.: 70
 Mediavilla García, J.: 170
 Medina, J.: 120, 123, 281, 282
 Medina Abellán, M.: 34
 Medina Asensio, J.: 40, 281
 Medina García, J.: 26
 Medina Samp Pedro, M.: 1
 Medrano, F.: 24, 85, 86, 87
 Medrano González, F.: 288
 Meije Castillo, Y.: 56, 66, 67, 80, 82, 83, 216, 231, 240, 280, 291
 Meirleir, K. de: 294
 Melado Sánchez, P.: 228, 240, 241
 Melero Bascones, M.: 288
 Melero Bermejo, J.: 74, 141
 Mella Pérez, C.: 66, 103
 Mellor Pita, S.: 29
 Mellorpita, S.: 145
 Mellor-Pita, S.: 264
 Mena, E.: 125, 293
 Mena, I.: 292
 Mena, M.: 252
 Méndez, M.: 128
 Méndez, R.: 80, 280
 Méndez, S.: 47
 Méndez García, M.: 6
 Méndez Hernández, R.: 231
 Méndez López, I.: 123, 124
 Méndez Martín, V.: 112, 113
 Méndez Piñeiro, M.: 95
 Mendizabal Núñez, A.: 214
 Mendizabal, A.: 228, 243
 Mendoza Gutiérrez, F.: 301
 Mendoza Hernández, J.: 26, 109
 Mendoza Ruiz de Zuazu, H.: 107
 Menéndez Caro, J.: 11, 113, 236
 Menéndez Caro, J.L.: 91
 Mensa, J.: 3
 Mercader Cuesta, J.: 253
 Mercé Cortés, J.: 98
 Merchán Rodríguez, R.: 74, 86, 242, 279
 Mérida Rodrigo, L.: 34, 122, 143
 Merino, E.: 63
 Merino, J.: 20, 186, 187
 Merino del Amo, E.: 219, 302
 Merino Palacios, C.: 98
 Merino Sánchez, J.: 278, 288, 289
 Michán Doña, A.: 137, 197, 199
 Micheloud, D.: 44
 Micó Giner, L.: 151, 183, 190, 201, 214, 215, 243
 Miguel, M. de: 128
 Miguel de la Villa, F.: 51, 53, 97
 Miguel Díez, J. de: 254, 290
 Miguel Yanes, J. de: 121
 Miguélez, M.: 274

- Mijana Casanovas, M.: 84, 253
Milla Álvarez, E.: 51
Millán, S.: 128
Millán Rodríguez, A.: 271
Millet Sampedro, M.: 112, 248
Miñano Oyarzabal, A.: 246
Mir Montero, M.: 217
Miralles Linares, F.: 62
Miramanda Martínez, D.: 167
Miramontes González, P.: 142, 286
Miranda Guisando, M.: 55, 166, 168
Miras Parra, F.: 97, 117, 260
Miret Mas, C.: 107, 149
Mirete Ferrer, C.: 154
Mirón Rubio, M.: 95, 269
Moales Rull, J.: 129
Mòdol Deltell, J.: 55
Mogollo Galván, A.: 117, 257, 296
Mohamad Tubio, M.: 99, 287
Mojón, A.: 174, 176, 177
Mola Caballero de Rodas, S.: 5
Molano Tejada, E.: 285, 298
Moleiro Oliva, M.: 110
Molina, C.: 153
Molina, E.: 71
Molina, R.: 4
Molina Alonso, J.: 93
Molina Boix, M.: 114, 278
Molina Carrasco, S.: 204
Molino Sanz, F. del: 110
Molinos Castro, S.: 84, 100
Monereo Alonso, A.: 141
Monguió Santín, E.: 275
Monreal, M.: 22
Monte Secades, R.: 33, 100, 217
Monteagudo Jiménez, M.: 220
Monteagudo Ruiz, G.: 205
Monteiro, B.: 171
Montejo, J.: 206
Montero, M.: 197, 228, 272
Montero Aparicio, E.: 51, 97
Montero Hernández, C.: 61
Montero López, E.: 121
Montero Pérez-Barquero, M.: 11, 26, 137, 197, 199, 212
Montero Rivas, L.: 224
Montes, J.: 12, 123
Montes, M.: 46, 90
Montes Cano, M.: 85, 86, 87
Montes Díaz, M.: 230
Montes Ramírez, M.: 2
Montes Romero, J.: 96
Montes Santiago, J.: 180
Montiel, C.: 82, 153
Montilla Moriles, C.: 47, 88
Montori Palacín, E.: 254
Montoya Lozano, F.: 297
Montserrat García, T.: 109
Montull Morer, S.: 6, 11, 84, 253
Monzón Camps, H.: 49, 55
Mora, F.: 76
Morado Arias, M.: 298
Moragrega, B.: 40
Moralejo Alonso, L.: 47, 100, 279
Morales, A.: 293
Morales, C.: 236
Morales, M.: 56, 120
Morales Angulo, C.: 280
Morales Coca, C.: 98
Morales Conejo, M.: 1, 41, 43, 161, 162, 206
Morales Rull, J.: 51, 130, 135, 136, 246
Morales Sirgado, R.: 240
Morán, A.: 134
Morán Rodríguez, M.: 244, 249
Morata Aldea, C.: 214
Morchón Simón, D.: 273
Morcillo Serra, .: 17
Morejón Huerta, M.: 203
Moreno, A.: 34, 282
Moreno, D.: 232
Moreno, E.: 146, 241
Moreno, J.: 132, 184
Moreno, M.A.: 307
Moreno, R.: 197
Moreno, V.: 71, 75
Moreno Aliaga, S.: 256
Moreno Azofra, M.: 128, 162
Moreno Cuerda, V.: 41, 43, 161, 162, 168, 206
Moreno Escobar, E.: 242
Moreno Martínez, F.: 101, 143, 256
Moreno Muñoz, I.: 215
Moreno Núñez, L.: 22, 72
Moreno Palanco, M.: 173, 199
Moreno Palomares, J.: 23
Moreno Rodrigo, A.: 51, 97
Moreno Rodríguez, A.: 38
Moreno Salcedo, J.: 78, 195
Morís de la Tassa, J.: 73, 106, 118
Moscairo Cora, D.: 92
Mosquera Lozano, D.: 162
Mosquera Lozano, J.: 128, 225, 226
Mostaza Fernández, J.: 171, 290
Mota, J.: 201
Mounronval, L.: 270
Mourad, F.: 134, 200
Moyá, F.: 245
Moya, M.: 19, 198
Moya Andía, J.: 227
Moya Mitjans, A.: 16, 17, 167
Muínelo Voces, I.: 200
Muñio Miguez, A.: 259
Muniesa Zaragozano, M.: 125, 163, 207, 230
Munne, P.: 254
Muñez Rubio, E.: 61, 283
Muñiz Nicolás, G.: 34
Muñoz, A.: 190
Muñoz, E.: 185
Muñoz, M.: 28
Muñoz, R.: 46
Muñoz, T.: 128
Muñoz Cano, A.: 215
Muñoz de Unamuno, J.: 99, 287, 299, 302
Muñoz del Rey, J.: 83
Muñoz Díaz, N.: 259
Muñoz López de Rodas, M.: 205, 260
Muñoz Martín, L.: 220
Muñoz Morente, A.: 48, 272
Muñoz Peñín, R.: 182
Muñoz Pérez, M.: 127
Muñoz Rivas, N.: 128
Muñoz Roca, N.: 272
Muñoz Rodríguez, F.: 21
Muñoz Rodríguez, M.: 200, 274, 290, 291
Mur Martí, T.: 247
Murillas, J.: 59
Murillo, J.: 31
Murillo, O.: 144
Muro Díaz, E.: 131

N

- Naranjo Calero, J.: 296
Navarré Gutiérrez, A.: 54
Navarrete Navarrete, N.: 170, 303
Navarro, E.: 74
Navarro, G.: 232
Navarro, M.: 129
Navarro, V.: 80
Navarro Calzada, J.: 51, 129, 130
Navarro de la Calzada, J.: 246
Navarro González, M.: 201
Navarro Ibáñez, V.: 70
Navarro López, V.: 5, 79, 275
Navarro Martínez, A.: 193, 194, 202
Navarro Pelayo, F.: 238, 265
Navarro Pérez, V.: 301
Naya Manchado, J.: 104
Nicolás, R.: 19, 198
Nieto, E.: 177
Nieto, L.: 168
Nieto Martín, M.: 166
Nieto Rodríguez, J.A.: 23
Nistal Juncos, S.: 92
Nistal, S.: 29, 266
Noblejas Mozo, A.: 61
Nogue Xarau, S.: 254
Nogueras, C.: 232
Nolla Salas, M.: 107
Nonell, F.: 7
Nos Mateu, P.: 215
Noval Menéndez, J.: 106
Núñez, C.: 17
Núñez, L.: 197
Núñez, M.: 228
Núñez, N.: 224

Núñez Calvo, L.: 44
 Núñez Fernández, M.: 66, 103
 Núñez Gil, I.: 294
 Núñez Orantos, M.: 115, 274

O

Obón Azuara, B.: 40, 158, 193
 Ocaña Medina, C.: 145, 246
 Oceja Barrutieta, E.: 107
 Odriozola, M.: 120
 Ojea de Castro, R.: 84
 Ojeda Pérez, E.: 247
 Olalla Sierra, J.: 86, 193
 Oliver, V.: 188
 Oliveró, R.: 17
 Olmedo Llanes, J.: 288
 Olmos, J.: 155
 Olona Cabasés, M.: 95, 269
 Oltra, R.: 188
 Oltra Sempere, M.: 28, 46, 52, 85, 208, 210
 Omar, M.: 72
 Oncala Sibajas, E.: 217
 Ordi Ros, J.: 148, 151
 Oriñuela, I.: 303
 Oriol, J.: 155
 Orive Brea, A.: 128
 Oropesa Juanes, R.: 82, 167, 230
 Orozco, D.: 186, 187
 Orozco, M.: 96
 Ortas Nadal, M.: 40
 Ortas Nadal, R.: 102, 158, 193
 Ortega, L.: 155
 Ortega, M.: 295
 Ortega González, E.: 54, 82
 Ortega Ortiz de Apodaca, B.: 206
 Ortego Centeno, N.: 151, 238, 241, 242, 265
 Ortiz, E.: 34
 Oruesa Gasti, J.: 157
 Oruesagasti, J.: 235
 Otero, B.: 120
 Otero, J. de: 10, 127
 Otero Fernández, A.: 98, 237

P

Pablos Velasco, P. de: 251
 Pacheco, I.: 80
 Pacheco, R.: 307
 Pacheco Tenza, I.: 5, 216
 Pacho Rodríguez, J.: 205
 Padín Paz, E.: 120, 121
 Pagán Muñoz, B.: 245
 Pageo Jiménez, M.: 96
 Pajarón, M.: 155
 Palacio, A. del: 71, 75
 Palacio Pérez Medel, A. del: 41

Palacio Tamarit, M. del: 188
 Palacios, G.: 29
 Palma, I.: 211
 Palma Baro, I.: 211, 213
 Palma Gámiz, J.: 186
 Palomar Pérez, J.: 78
 Palomar Rodríguez, L.: 156, 231
 Palomera Fanegas, E.: 7, 57
 Palomo, C.: 276
 Palomo, V.: 48
 Palou, E.: 152
 Pamies Andreu, E.: 166
 Paniagua González, J.: 185, 189
 Panies Andreu, E.: 168
 Pañela Mora, D.: 110
 Paño Pardo, J.: 212
 Pardo, F.: 41
 Pardo, M.: 71
 Pardo, P.: 161, 162, 168
 Pardo, V.: 89
 Pardo Cabello, A.: 101, 122, 141, 142, 238
 Pardo Lledías, J.: 112, 113
 Parejo Sánchez, M.: 97, 101, 117, 141, 142, 238, 241, 260, 296
 Parera Rosselló, M.: 131, 132
 Parga, C.: 127
 Parra, N.: 66, 67, 94
 Parra, R.: 152
 Parra Blanco, J.: 280
 Parreño Caparrós, M.: 218
 Pascual, J.: 20, 46
 Pascual, R.: 118
 Pascual, T.: 307
 Pascual Pascual, T.: 73, 118
 Pascual Pérez, R.: 68, 75, 81
 Pascual Salcedo, A.: 255
 Pastor Encinas, I.: 263
 Pastor Gómez-Cornejo, L.: 206
 Patiño Rodríguez, M.: 262
 Patiño Rodríguez, M.: 262, 263
 Payá Espinosa, Y.: 79
 Payeras, M.: 127
 Paz Fuentes, F.: 217
 Pazos Lago, E.: 95
 Pazos Otero, N.: 57
 Pedragosa, M.: 231
 Pedrera, V.: 186
 Pedro Botet Montoya, L.: 55
 Pedro de Lelis, F.: 54
 Pedro Delelis, F.: 81
 Pedromingo Marino, A.: 248
 Peiró Martínez, I.: 251
 Pelayo García, G.: 117
 Pelegrí, J.: 234
 Pelegrín Díaz, J.: 246
 Pellicer, C.: 198
 Pena, X.: 139
 Penades, G.: 96
 Peña, J.: 46
 Peña, M.: 155

Peña, P.: 3
 Peña Fernández, A. de la: 135, 138, 140
 Peña González, E.: 104
 Peña Monje, A.: 285
 Peña Quintana, P.: 99, 287, 299, 302
 Peña Sánchez de Rivera, J.: 88
 Peña Somovilla, J.: 162, 225
 Peña Zemsch, M.: 33
 Peraile, G.: 264
 Peral Casado, A.: 196
 Perales, A.: 228
 Perales Fraile, I.: 49, 61, 283
 Perallón Solans, N.: 170, 190, 191, 192
 Peralta, C.: 261
 Peralta Ramírez, M.: 303
 Pereda García, J.: 255
 Pereira L., M.: 58
 Pereira, A.: 216, 240
 Pereira Juliá, A.: 56, 66, 80, 82, 83, 231, 280, 291
 Perelló Carbonell, R.: 149
 Pereñíguez Barranco, J.: 34
 Pérez, I.: 150, 288
 Pérez, M.: 47, 65, 86
 Pérez Alonso, L.: 187, 188
 Pérez Álvarez, R.: 58
 Pérez Andrada, S.: 169, 200, 274, 290, 291
 Pérez Arancón, J.: 226
 Pérez Barba, C.: 75, 81, 118
 Pérez Blanco, F.: 39, 222, 285
 Pérez Bocanegra, C.: 147
 Pérez Caballero, G.: 49
 Pérez Calvo, J.: 91, 129, 130, 135
 Pérez Camacho, I.: 192, 196, 297
 Pérez Cano, R.: 109, 126, 192, 217, 295
 Pérez Castrillón, J.: 156, 203, 273
 Pérez de Lis, M.: 58, 180
 Pérez de Oteyza, C.: 137, 172, 184, 285, 290
 Pérez de Pedro, I.: 4, 48
 Pérez del Molino Castellanos, A.: 236, 280
 Pérez del Molino, M.: 41
 Pérez Díaz, J.: 224
 Pérez García, C.: 146
 Pérez García, M.: 74
 Pérez García, M. L.: 242, 279
 Pérez Gil, M.: 300
 Pérez Gómez, M.: 259
 Pérez Gracia, A.: 256
 Pérez Jiménez, F.: 150, 184, 185, 189, 196, 197, 211, 213, 297
 Pérez Litago, I.: 120
 Pérez López, J.: 153
 Pérez Luján, R.: 115
 Pérez Marín, J.: 299, 302

- Pérez Martín, A.: 3, 64, 73
 Pérez Martínez, D.: 11, 91, 236
 Pérez Martínez, P.: 150, 184, 185, 213
 Pérez Martínez de Morentín, E.: 226
 Pérez Méndez, L.: 136
 Pérez Miranda, M.: 118, 283
 Pérez Nicolás, M.: 291
 Pérez Pérez, J.: 294
 Pérez Picouto, J.: 213
 Pérez Quero, J.: 74, 141
 Pérez Quintero, R.: 25, 261
 Pérez Ramírez, A.: 73, 79, 271
 Pérez Ramos, M.: 148, 181, 182, 258, 284
 Pérez Rodríguez, N.: 155, 156, 259, 262
 Pérez Sandoval, T.: 152
 Pérez Silvestre, J.: 54, 81, 147, 148, 230
 Pérez Simón, M.: 244
 Pérez Tamayo, I.: 121
 Pérez Tárrago, C.: 244, 249
 Pérez Valero, I.: 88, 255, 297, 298
 Pérez Veloso, M.: 59
 Pericay, C.: 238
 Peris García, J.: 191, 278, 289
 Peris Godoy, M.: 107
 Pértega Díaz, S.: 27
 Pesqueira Fontán, P.: 93, 165, 234
 Petel Serrano, L.: 239
 Petit Carner, J.: 27
 Picón, M.: 127
 Piella Oliveda, T.: 11
 Pina Latorre, M.: 270, 292
 Pinar López, O.: 2
 Pinazo Delgado, M.: 98, 237
 Pineda Alonso, M.: 273
 Pinilla Llorente, B.: 259
 Pinilla Lozano, M.: 246
 Pinilla Moraza, J.: 162, 226
 Pino Cuadrado, J. del: 68
 Pino Montes, J. del: 156
 Pinto Blázquez, J.: 114
 Pintó Prades, J.: 7
 Piret Ceballos, M.: 209, 280
 Pisos Álamo, E.: 99, 287, 299, 302
 Pita Fernández, S.: 27
 Pizarro Zynni, R.: 287
 Plata Cíezar, A.: 4, 62
 Plaza Canteli, S.: 110, 111
 Plaza Palacios, G.: 223
 Polavieja, P.: 156, 159, 160
 Polo Romero, F.: 223
 Pombo Vide, B.: 27
 Pons, I.: 238
 Pons, J.: 1
 Pons Amate, J.: 54, 167
 Poquet Jornet, J.: 235
 Porras Leal, L.: 299, 300
 Porrero Alfaro, M.: 237
 Porres Aracama, J.: 247
 Porres Azpiroz, J.: 103, 104
 Portabella, E.: 7
 Portales Fernández, I.: 4
 Portero Pérez, M.: 163
 Portero Pérez, P.: 102
 Portilla, J.: 63
 Portillo Sánchez, J.: 227
 Pose Reino, A.: 220
 Pou Sarradell, A.: 235
 Poveda Gómez, F.: 102, 193
 Poyatos Toribio, C.: 245
 Pozo Rosado, L.: 268
 Pradera, L.: 136
 Priego Valladares, M.: 114, 154
 Prieto, J.: 140, 232
 Prieto Ríos, B.: 220
 Prieto Vicente, A.: 241
 Puertas Barrena, R.: 60, 72, 226, 266
 Puerto, J.: 23
 Puerto Pérez, E.: 87, 88, 142, 198, 208, 286
 Puigserver Colom, M.: 115
 Pujalte, N.: 277
 Pujol, R.: 8, 54, 131
 Pujol de la Llave, E.: 10, 298
 Pujol Farríols, R.: 8, 27, 239, 250, 251
 Pulido, F.: 41
- Q**
- Queralt Alcaraz, M.: 247
 Quevedo Carmona, E.: 101, 122, 141, 142, 296
 Quintana, A. de la: 139
 Quintana, S.: 45
 Quintana Díaz, M.: 302
 Quintana López, C.: 11, 91, 114, 236
 Quiroga, J.: 232
 Quirogo Prado, L.: 156
 Quirós López, R.: 34, 86, 101, 122, 133, 256
- R**
- Rabadán Bujalance, F.: 253
 Rabuñal Rey, R.: 27, 33, 100, 217
 Rada, M.: 127
 Ramas Díez, C.: 91, 114, 236
 Ramella Macher, J.: 38, 50
 Ramírez Lapausa, M.: 74, 141
 Ramírez Martínez, I.: 266
 Ramírez Olivencia, G.: 88
 Ramírez Ortiz, E.: 65, 148, 181, 182, 195, 258
 Ramón Garrido, E. de: 151, 272
 Ramos, S.: 277
 Ramos, V.: 198
 Ramos Cantos, M.: 224
 Ramos Clemente Romero, J.: 148, 195, 258
 Ramos Clemente, J.: 65, 284
 Ramos Guerrero, A.: 108, 116, 119
 Ramos Sánchez, R.: 34
 Ramos Lázaro, J.: 149
 Ramos Martínez, A.: 49
 Ramos Ruiz, A.: 246
 Ramos-Clemente Romero, J.: 182
 Rascón Risco, J.: 12, 59, 238
 Rashid Jiménez, E.: 218, 281
 Raventós, A.: 21
 Reales Figueroa, P.: 166
 Rebollar, A.: 145
 Recarte, C.: 89
 Recarte García-Andrade, C.: 130, 206
 Recarte Ortega, E.: 206
 Recasens, L.: 272
 Reche García, A.: 25, 97, 260
 Recio, J.: 31, 125, 132, 139, 140, 270, 294
 Recio, J.P.: 13
 Red Bellvis, G. de la: 107
 Redón, J.: 20, 84, 85, 188
 Redón i Mas, J.: 28, 52, 85, 208
 Redondo Fernández, R.: 131
 Redondo Verge, C.: 223
 Refojo Salicio, E.: 38
 Regalado de los Cobos, J.: 107
 Regidor, E.: 168
 Registro de Tumores del Hospital 12 de Octubre: 273
 Reguera Iglesias, J.: 62
 Reira Hortelano, R.: 58
 Remacha, B.: 71
 Repetto Otaolaurrichi, P.: 233
 Requena Pou, M.: 72
 Respaldiza, N.: 85, 86, 87
 Retamar Gentil, P.: 253
 Reus Bañuls, S.: 63, 89
 Reveriego Blanes, J.: 253
 Reviriego, J.: 159, 160
 Rey Joly, C.: 55, 93
 Rey Rodríguez, M.: 253
 Reyes Pozo, S.: 72, 301
 Riancho Moral, J.: 156
 Ribas, N.: 59
 Ribell Bachs, M.: 253
 Ribó, F.: 190
 Richart Jurado, C.: 95
 Rico, M.: 173
 Rico Corral, M.: 192
 Rico Zalba, L.: 255
 Riera Hortelano, R.: 152
 Riera, A.: 128
 Riera, M.: 45
 Riera Riezu, C.: 2

- Río Ibáñez, R. del: 268
 Río Ligorit, A. del: 163, 193
 Río Vizoso, M. del: 238
 Rioja, J.: 301
 Ríos, J.: 288
 Ríos, T.: 178
 Ríos Blanco, J.: 88, 297, 298
 Ríos Blanco, J.J.: 255
 Ríos Fernández, R.: 39, 202, 203, 222, 285
 Rivas Carmenado, M.: 250
 Rivera, C.: 39
 Rivera Cívico, J.: 169, 172
 Rivera Gallego, A.: 215
 Rivera García, M.: 114
 Rivero, L.: 85, 86
 Rivero Rodríguez, M.: 15, 147, 148, 151
 Roa Pérez, M.: 54
 Robert Gates, J.: 278, 288
 Roberts Gates, J.: 268
 Robles, A.: 288
 Robles Marhuenda, A.: 88, 255, 297, 298
 Robles Marinas, V.: 36, 304, 305
 Roca, B.: 13, 69, 188
 Roca, I.: 292
 Roca, J.: 17
 Rocha Hernando, E.: 205
 Rodilla, E.: 20
 Rodrigo, M.: 57
 Rodrigo Trallero, G.: 246
 Rodríguez, A.: 132, 159, 160
 Rodríguez, E.: 15
 Rodríguez, J.: 22, 84, 85, 228, 281, 298
 Rodríguez, L.: 15
 Rodríguez, M.: 19, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180
 Rodríguez, S.: 76, 211, 224
 Rodríguez, V.: 74
 Rodríguez Álvarez, S.: 299
 Rodríguez Becerra, E.: 87
 Rodríguez Benavente, A.: 64, 73
 Rodríguez Carballeira, M.: 99, 224, 245
 Rodríguez Couso, M.: 48
 Rodríguez Cuartero, A.: 39, 222, 285
 Rodríguez de la Fuente, P.: 241
 Rodríguez Díaz, B.: 73, 106, 118, 276
 Rodríguez Fernández, J.: 198, 240
 Rodríguez Fernández, M.: 59, 220
 Rodríguez Fernández, P.: 131
 Rodríguez Fernández, S.: 99, 100
 Rodríguez Flores, E.: 8, 149
 Rodríguez Framil, M.: 77, 218
 Rodríguez Gallego López, C.: 110, 164, 165
 Rodríguez Gallego, C.: 231
 Rodríguez García, J.: 16, 161
 Rodríguez Gaspar, M.: 26, 264, 271
 Rodríguez González, A.: 93, 95, 209
 Rodríguez Guartero, A.: 222
 Rodríguez Hermida, B.: 82
 Rodríguez López, C.: 271
 Rodríguez Martín, M.: 193, 201
 Rodríguez Maya, B.: 262
 Rodríguez Molina, J.: 44
 Rodríguez Ortega, P.: 10
 Rodríguez Pacios, A.: 30
 Rodríguez Pérez, A.: 296
 Rodríguez Puras, M.: 145
 Rodríguez Ramírez, J.: 287
 Rodríguez Rodríguez, B.: 217
 Rodríguez Rodríguez, E.: 77, 162, 264, 271
 Rodríguez Rosado, R.: 38, 110, 111
 Rodríguez Rosas, H.: 251
 Rodríguez Salvanes, F.: 187, 188
 Rodríguez Santana, J.: 42
 Rodríguez Zapata, M.: 56, 66, 67, 80, 82, 83, 90, 216, 231, 240, 280, 291
 Roig, S.: 228
 Roig Espert, B.: 119
 Roig Martínez, I.: 220
 Roig Rico, P.: 20, 71, 187
 Roiz Fernández, J.: 212
 Rojano Martín, B.: 165
 Rojas Muñoz, E.: 131
 Rojo Marcos, G.: 64
 Rolando Menéndez, T.: 262, 264
 Romaguera Mozois, A.: 10
 Román García, J.: 189
 Romani Costa, V.: 49, 55
 Romero, A.: 24, 167
 Romero, C.: 111
 Romero, E.: 243
 Romero, M.: 118
 Romero, P.: 41
 Romero Castro, R.: 271
 Romero García, I.: 189
 Romero Gómez, C.: 122, 193
 Romero Jiménez, M.: 148, 181, 182, 195, 258, 284
 Romero Nieto, M.: 81
 Romero Rivero, M.: 108, 116, 119
 Romero Salado, S.: 12, 23
 Romero Sánchez, M.: 64, 73, 115, 212, 243
 Ronda Rivero, F.: 235
 Rondón Fernández, P.: 110, 111
 Roque Castellano, C.: 198
 Ros, J.: 65, 76, 211, 289
 Ros Lucas, J.A.: 305
 Ros Vilamajó, R.: 15, 79, 267
 Rosa, C.: 90
 Rosa, R. de la: 108
 Rosa Salazar, V.: 216
 Rosa Úbeda, F.: 105
 Rosales Fletes, M.: 182
 Rosario Díaz, E.: 205
 Rosell Abaurrea, F.: 66, 94, 234
 Roses, J.: 293, 294
 Roure, S.: 93
 Rovira Pujol, E.: 164, 165, 167
 Royo-Villanova Reparaz, C.: 216
 Ruano Camps, M.: 46, 52, 210
 Ruano Ruiz, J.: 211, 213
 Rubio, C.: 211
 Rubio, E.: 274
 Rubio, O.: 25
 Rubio, R.: 41, 161, 162
 Rubio Cabello, S.: 53
 Rubio García, R.: 71, 75, 168
 Rubio Gil, E.: 278
 Rubio Leonard, O.: 261
 Rubio Rodríguez, C.: 230
 Rubio Rodríguez, G.: 259, 262
 Rubio Roldán, E.: 136, 155, 259, 262
 Rubio Roldán, M.: 230
 Rubio Rubio, J.: 253, 271
 Rubio Sánchez, C.: 22, 211, 213
 Rubio Vela, T.: 249
 Rueda, M.: 259
 Rueda Castañón, R.: 274
 Rueda Montero, M.: 130
 Ruiz, D.: 22, 225
 Ruiz, E.: 140, 292, 293, 294, 295
 Ruiz, F.: 132
 Ruiz, J.: 43, 228
 Ruiz, M.: 48, 240, 289
 Ruiz Alcantarilla, P.: 12
 Ruiz Baixaulí, J.: 164
 Ruiz Blasco, E.: 117, 257
 Ruiz Bustillo, N.: 65, 76
 Ruiz Capillas, J.: 111
 Ruiz Carrillo, F.: 166
 Ruiz Clemente, M.: 257
 Ruiz Climente, M.: 32, 300
 Ruiz de Castroviejo, J.: 302
 Ruiz del Barrio, I.: 38, 50
 Ruiz Díez, A.: 301
 Ruiz Galiana, J.: 181, 262, 264
 Ruiz García, S.: 218
 Ruiz Giardín, J.: 43, 45, 47
 Ruiz Giménez Arrieta, N.: 23, 187, 188, 217, 233
 Ruiz Gines, M.: 252
 Ruiz Gómez, F.: 289
 Ruiz Grinspan, M.: 255
 Ruiz Hernández, J.: 94, 198, 240, 271
 Ruiz Irastorza, G.: 14, 68, 144, 265
 Ruiz Lacambra, J.: 266
 Ruiz Laiglesia, F.: 129, 130, 136
 Ruiz Macía, J.: 275
 Ruiz Maquilón, S.: 119
 Ruiz Mesa, J.: 34, 62, 86, 101, 102, 122, 256

Ruiz Mora, C.: 37
 Ruiz Nodar, J.: 191
 Ruiz Peña, A.: 208
 Ruiz Peñalba, L.: 96
 Ruiz Pombo, M.: 152
 Ruiz Ruiz, F.: 91, 129, 130, 135
 Ruiz Ruiz, J.: 3, 212, 243
 Ruiz Sánchez, L.: 105
 Ryan Murúa, P.: 89, 90, 130, 206

S

Saborido Froján, J.: 120, 121
 Sabrià Leal, M.: 55
 Sacaluga López, M.: 247
 Sadurní, J.: 164
 Sáez, G.: 20
 Sáez, T.: 307
 Sáez Comet, L.: 50
 Sáez Méndez, L.: 62, 193, 194
 Sáez Méndez, M.: 202
 Sáinz, A.: 183
 Sainz Gutiérrez, J.: 189
 Sáinz Vera, B.: 12
 Sáiz Pérez, C.: 209
 Sala Turrens, J.: 192
 Salamanca Bautista, P.: 126
 Salanova Villanueva, L.: 261
 Salas, A.: 39, 285
 Salas, R.: 66, 67, 94, 234
 Salas Antón, C.: 6, 275
 Salas Coronas, J.: 5
 Salavert Lleti, M.: 70
 Salazar Muñoz, M.: 209
 Salinas, A.: 53
 Salinas Bautista, R.: 76
 Salvador, G.: 183
 Sampérez Legarre, P.: 129, 136, 137, 197, 199
 Sampérez, G.: 59
 San Martín, J.: 43, 45, 47
 San Román de Terán, C.: 93
 San Román Terán, C.: 224
 Sánchez, A.: 47, 128
 Sánchez, E.: 12, 131, 132, 157, 235
 Sánchez, I.: 281
 Sánchez, L.: 66, 82, 83
 Sánchez, M.: 17, 90, 254
 Sánchez, R.: 89, 204, 207, 218, 252
 Sánchez, T.: 20, 187
 Sánchez Álvarez, J.: 125, 230
 Sánchez Ballester, E.: 230
 Sánchez Cano, D.: 142, 238, 241, 265
 Sánchez Cañete, E.M.: 302
 Sánchez Castaño, A.: 34
 Sánchez Cembellín, M.: 113, 114
 Sánchez Chaparro, M.: 189

Sánchez Conde, P.: 84, 93, 100
 Sánchez Fernández, M.: 98, 237
 Sánchez Ferro, A.: 92
 Sánchez Fuentes, D.: 77
 Sánchez Gacía, F.: 159
 Sánchez García, E.: 165, 184, 234
 Sánchez García, M.: 189
 Sánchez Garvín, A.: 18, 64
 Sánchez Gascón, F.: 305
 Sánchez González, A.: 296
 Sánchez Haya, E.: 248
 Sánchez Iglesias, S.: 279
 Sánchez Ledesma, M.: 13, 87, 88, 198, 208, 286
 Sánchez Leira, J.: 120, 121
 Sánchez Marteles, M.: 129, 130, 135, 136
 Sánchez Martín, E.: 51
 Sánchez Mateo, D.: 131
 Sánchez Medina, C.: 212
 Sánchez Migallón, J.: 240
 Sánchez Molini, P.: 154, 23
 Sánchez Muñoz, L.: 103, 104
 Sánchez Navarro, J.: 156
 Sánchez Pérez, M.: 77, 266
 Sánchez Pugarín, I.: 281
 Sánchez Purificación, A.: 243
 Sánchez Rodríguez, A.: 198, 208, 286
 Sánchez Román, J.: 145, 246
 Sánchez Sánchez, R.: 268
 Sánchez Santamaría, I.: 286
 Sánchez Serrano, A.: 281
 Sánchez Sevillano, A.: 96
 Sánchez Solla, A.: 252
 Sánchez Tapia, C.: 240
 Sánchez Tejero, E.: 105
 Sánchez Val, A.: 246
 Sánchez Yuste, M.: 6
 Sánchez Zamorano, M.: 171
 Sanclemente Ansó, C.: 110, 164, 165, 167
 Sanclemente Ansó, M.: 8
 Sanclemente, C.: 231
 Sande Llovo, D.: 84, 100
 Sangro, B.: 232
 Sanjaume, M.: 224
 Sanjoaquin Conde, I.: 51
 Sanjuán Díaz, F.: 104
 Sanjuán Portugal, F.: 103, 104
 Sanjurjo Golpe, E.: 149, 254
 Sanjurjo Rivo, A.: 84, 209
 Sanluis F., I.: 58
 Sanluis, I.: 180
 Sanolaria Fernández, F.: 73
 Santaeugenia, S.: 93
 Santamaría Fernández, S.: 4
 Santamaría Ortiz, A.: 25
 Santana Delgado, J.: 247
 Santesmases, J.: 93
 Santiago, G.: 236

Santisteban López, Y.: 78, 195, 201, 202
 Santolaria Fernández, F.: 15, 32, 52, 77, 79, 266, 267
 Santos, C.: 238
 Santos, E.: 47, 86
 Santos, J.: 24
 Santos Castro, P. de: 266
 Santos Corraliza, E.: 242
 Santos Gil, I. de los: 78
 Santos Moyano, Z.: 99
 Sanz, M.: 127
 Sanz, O.: 228
 Sanz Bertrand, C.: 2
 Sanz Cantalapiedra, A.: 203
 Sanz Márquez, S.: 72
 Sanz Moreno, J.: 40, 64
 Sanz Rojas, P.: 77
 Sanz Sanz, J.: 78
 Sanz Sebastián, C.: 154
 Sanz Vila, R.: 82, 147, 230
 Saousa Otero, J.: 215
 Sarasibar, H.: 249
 Sardà Aurè, P.: 233
 Saro Pérez, E.: 214, 215
 Satué Bartolomé, J.: 115
 Saura, J.: 237
 Segado Soriano, A.: 121
 Segarra Medrano, A.: 148, 151
 Segoviano, R.: 60
 Seguí Azpilcueta, P.: 211, 213
 Segura, A.: 31, 140, 270
 Segura, R.: 125, 293
 Segura Luque, J.: 74, 194, 223
 Segura Sánchez, J.M.: 305
 Seisdedos Cortés, L.: 156
 Selva O'Callaghan, A.: 15, 146, 147, 149, 152, 153
 Sequera Ortiz, P. de: 145
 Serantes, R.: 82, 139, 153
 Serra, B.: 64
 Serra Prat, M.: 7, 57
 Serradell, S.: 225
 Serralta, G.: 307
 Serrano Aísa, P.: 137, 197, 199
 Serrano Cazarla, M.: 165, 204, 205, 260
 Serrano de la Iglesia, J.: 207
 Serrano Fernández, C.: 114, 154
 Serrano Fiz García, S.: 275
 Serrano Mateo, M.: 114, 154
 Serrano Ríos, M.: 186
 Serrat, R.: 272
 Sevilla Moya, J.: 302
 Sicilia Enriquez de Salamanca, J.: 165, 204
 Sieira Ferrín, C.: 103
 Sierra Ausín, M.: 169
 Sierra Bergua, B.: 129, 130, 135
 Siles Rubio, J.R.: 219, 302
 Silva, D.: 270

Simeón Aznar, C.: 15, 147, 152, 153
 Simeón Aznar, E.: 146
 Smithson Amat, A.: 107, 149
 Sobrino, J.: 7
 Sol, J.: 183
 Solano Garzón, M.: 259
 Solans Laqué, R.: 15, 146, 147, 152, 153
 Solans, C.: 201
 Sole, E.: 272
 Sole, R.: 174
 Solé Tresserres, A.: 239
 Soler, A.: 84
 Soler, B.: 171
 Soler, R.: 175, 176, 178, 179, 180
 Soler Campos, J.: 220
 Soler Fernández, C.: 74, 268
 Soler Marín, G.: 205
 Soler Rangel, L.: 150
 Solera Santos, J.: 62, 74, 75, 78, 193, 194, 195, 201, 288
 Solís García, E.: 305
 Solís Villa, J.: 127
 Solo de Zaldivar Tristancho, I.: 259
 Sopena Galindo, N.: 55
 Sopeña Pérez Argüelles, B.: 215
 Soriano, A.: 3
 Soriano, P.: 251
 Soriano, T.: 125, 139, 140, 292, 293, 294, 295
 Soriano Carrascosa, L.: 185
 Sorni Moreno, P.: 230
 Soto, C.: 305
 Soto Más, J.: 185
 Sousa Otero, J.: 57
 Spuch Sánchez, J.: 95, 269
 Stiefel García-Junco, P.: 166, 168
 Suárez, H.: 276
 Suárez, M.: 3, 299, 302
 Suárez, S.: 228
 Suárez Álvarez, L.: 214
 Suárez Cabrera, M.: 76, 287
 Suárez Fernández, C.: 173, 187, 188, 199, 233
 Suárez Ortega, S.: 20, 240, 241
 Suárez Santamaría, M.: 79
 Suárez Zarracina Secades, T.: 250
 Sufrate Sorzano, E.: 6
 Sujanani Afonso, N.: 198
 Surinach, J.: 31, 139, 140, 270
 Suso, G. de: 66

T

Taboada, M.: 171, 183
 Tamargo, L.: 41, 71, 75, 161
 Tamarit García, J.: 98
 Tarancón Merlo, P.: 243
 Tárraga, I.: 75, 90

Tasias Pitarch, M.: 190, 214
 Tatnell Rodríguez, R.: 105
 Teigell, L.: 44, 89
 Teijo Núñez, C.: 200, 274, 291
 Tejada, M.: 37
 Tejera Concepción, A.: 73, 267
 Tejero, C.: 92, 266
 Tejero, M.: 29
 Tello Blasco, S.: 66, 67, 282
 Tello Valero, A.: 89, 204
 Tena, D.: 240
 Tercero, A.: 267
 Teresa Parreño, L. de: 114, 154, 277
 Ternavasio, G.: 268
 Terrance de Juan, I.: 194, 201
 Testa Fernández, A.: 100
 Tiberio López, G.: 163, 207, 230
 Tirado Miranda, R.: 219, 302, 305
 Todolí Parra, J.: 183, 201, 214, 228
 Tolosa, C.: 149
 Tomás, R.: 8, 248
 Tomás Jiménez, C.: 101, 117, 141, 142, 238, 242, 296
 Tomás Puig, R.: 235
 Tomás Redondo, M.: 269
 Tormos, M.: 20
 Tornador, N.: 69
 Toro Cervera, J. del: 23, 90
 Torralba, M.: 48, 66, 82, 83, 136, 162, 216, 240, 291, 292
 Torralba Cabeza, M.: 103, 104
 Torralba González de Sousa, M.: 56, 67, 71, 75, 80, 230, 231
 Torralba Saura, M.: 105, 229
 Torras, P.: 234
 Torre Carballada, J.: 77, 218
 Torre Lima, J. de la: 193
 Torre Solís, C. de la: 93
 Torres, I.: 152
 Torres, J.: 49
 Torres, M.: 7, 83
 Torres, O.: 225
 Torres Bonafonte, O.: 22
 Torres Díaz, J.: 105
 Torres Gárate, R.: 42, 60, 204, 268
 Torres Perea, R.: 38, 110, 111
 Torres Ramón, I.: 148, 151
 Torres Salinas, M.: 149
 Torres Segovia, F.: 254
 Torres Vega, A.: 155, 230, 259, 262
 Tort, J.: 8
 Tortella i Morro, J.: 135, 138, 140
 Toyas Miazza, C.: 91, 158, 193
 Tranche, S.: 171
 Trapiella, L.: 276
 Trassorras Arriarán, M.: 247
 Trescoli Serrano, C.: 107, 109
 Tricas, J.: 21
 Troya García, J.: 34, 37, 38, 61, 252

Trujillo, J.: 301
 Trujillo Pérez, J.: 72
 Trujillo Santos, J.: 22
 Tubio, M.: 299, 302
 Tudela Hita, P.: 55
 Tutor Ureta, P.: 29, 145, 252
 Tuya Morán, M.J.: 91, 113

U

Udanos Zazón, C.: 124
 Ugarte Núñez, A.: 68
 Ugedo Urruela, J.: 249
 Ulzurum, E.: 301
 Úrban Poza, M.: 204
 Urbano Jiménez, F.: 222
 Urbieto Echezarreta, M.: 227
 Urbina Aguirrebengoa, O.: 235, 248
 Urcelay, E.: 26
 Urkijo Labrador, J.: 301
 Urquizu Padilla, M.: 151
 Urrea Mizzi, C.: 96
 Urrutia, A.: 93, 132
 Usó Blasco, J.: 298

V

Valderas, J.: 17
 Valdivielso, P.: 301
 Valencia Molina, J.: 58
 Valero, B.: 63, 89, 204, 207, 218
 Valiente Gómez, A.: 167
 Valiente Millán, M.: 156
 Valle, B.: 268
 Valle, R.: 236
 Valle Bernad, R.: 209
 Valle Borrego, B.: 165, 204
 Valle Sánchez, M. del: 237
 Vallejo García, M.: 225, 226
 Vallejo Maroto, I.: 108, 166
 Vallejo Ruiloba, J.: 239
 Varela, J.: 24, 85, 86, 87
 Varela, P.: 19, 198
 Varela Entrecanales, M.: 181, 263
 Vargas, C.: 161, 162
 Vargas, J.: 29, 145, 264
 Vargas, R.: 219
 Vargas Berzos, M.: 223
 Vargas Núñez, J.: 252, 275
 Vázquez, A.: 292, 293
 Vázquez, J.: 46, 139, 288
 Vázquez del Campo, M.: 169
 Vázquez Gómez, O.: 264
 Vázquez Ramos, V.: 111
 Vázquez Rodríguez, J.: 212, 221, 245, 298
 Vega, J.: 42, 303
 Vega, M. de la: 32
 Vega Olías, F.: 65

Vega Prieto, M. de la: 266
 Vega Sánchez, J. de la: 109
 Vega Tejedor, G.: 273
 Vega Vázquez, J. de la: 109, 173, 192
 Vegas, A.: 266
 Vegas Serrano, A.: 60, 92
 Veiga Ruiz, G.: 256, 305
 Vela Orus, P.: 80
 Velasco, A.: 36, 304, 305
 Velasco, E.: 203
 Velasco Álvarez, A.: 170
 Velasco Arribas, M.: 22
 Velasco Malagón, M.: 113
 Velasco Tirado, V.: 268
 Velez, M.: 274
 Vélez Pérez, C.: 61
 Vélez Tobarías, M.: 155, 230, 259, 262
 Vendrell, E.: 57
 Venero Gómez, J.: 253
 Ventura, J.: 69
 Vera Hernández, J.: 194, 202
 Vera Méndez, F.: 269
 Vera Rojas, C.: 216
 Verdejo Reche, F.: 106
 Vergara, M.: 238
 Vicente, M. de: 67, 82, 83, 216, 240, 280, 291
 Vicente Calderón, J.: 239
 Vicente Casanova, A.: 159
 Vicente Collado, M. de: 80, 231
 Vicente i Mas, J.: 81, 82, 167
 Vicente Rubio, E.: 20, 70, 71, 186, 187, 268
 Vidal, R.: 12
 Vidal, S.: 267
 Vidal Tolosa, A.: 270, 292
 Vidales Miguélez, A.: 273, 278

Vidales Miguélez, M.: 35, 36
 Vidaller Palacín, A.: 27, 250, 251
 Vigil Martín, D.: 164, 165, 167
 Vigil Medina, L.: 181
 Vila, M.: 84
 Vilardell Tarrés, M.: 15, 148, 151, 152, 153,
 Vilardell Tarrés, V.: 146, 147
 Vilaró Pujals, J.: 6, 8, 110, 164, 165, 167, 231
 Vilaseca, J.: 21
 Vilchez Aparicio, V.: 217
 Vilchez Medina, J.: 117
 Villabona, C.: 144
 Villalba, T.: 99
 Villalobos Sánchez, A.: 4, 48, 62, 272
 Villalonga Comas, M.: 12, 131, 132
 Villamil Cajoto, I.: 77
 Villanueva Anadón, B.: 40
 Villanueva Terrazas, M.: 161
 Villar, E. de: 24
 Villar Álvarez, F.: 13, 18, 134, 290
 Villar Casares, M.: 15, 146
 Villar Fordo, V. del: 156
 Villar Gómez, I.: 144, 279
 Villar Ortiz, J.: 166, 168
 Villares Fernández, P.: 131, 171
 Villasenín, J.: 67, 94
 Villasenín, J.M.: 234
 Villega, L.: 70
 Villegas, J.: 236
 Villegas de la Lama, J.: 209, 280
 Villegas Urbano, M.: 58, 60, 63
 Villoslada Gelabert, A.: 135, 138, 140
 Vinuesa García, D.: 39, 101, 122, 141, 142, 202, 203, 222, 241, 242, 265, 285

Viña, B.: 307
 Viñes, C.: 49
 Visús, E.: 13
 Viuda Unzueta, J. de la: 301
 Vivanco, J.: 78, 157
 Vivas, D.: 42, 268
 Vivero, A.: 45

Y

Yagüe Vallejo, S.: 35, 36, 273, 278
 Yanes Martín, J.: 65, 76, 211, 289, 299, 300
 Yebra Bango, M.: 6, 29, 92, 213, 275
 Yebra Yebra, M.: 21, 92, 264

Z

Zamanillo, I.: 41
 Zamarreño, I.: 157
 Zambrana García, J.: 113
 Zamora Pasadas, M.: 170
 Zamora Vargas, F.: 88, 221
 Zapata, M.: 282
 Zapatero Gaviria, A.: 3, 22, 29, 43, 45, 47, 64, 73, 92, 115, 212, 226, 228, 243, 266, 274
 Zaragoza Fernández, M.: 83
 Zarrabeitia Puente, R.: 236, 280
 Zárraga Fernández, M.: 11, 91
 Zorzalejos Andes, J.: 241
 Zubillaga, G.: 78, 157, 235
 Zurro Hernández, J.: 200